

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

ÉTUDE DU COMPORTEMENT SEXUEL CHEZ LES ÉPILEPTIQUES PSYCHOMOTEURS

PAR

HENRI GASTAUT et HENRI COLLOMB

Toutes les anomalies du comportement sexuel, qualitatives aussi bien que quantitatives, ont été décrites chez les épileptiques et rapportées, à tort ou à raison, à leur maladie.

La plupart des perversions sexuelles ont été observées chez ces malades, qu'il s'agisse d'anomalies du choix objectal (auto-érotisme, inceste, homo-sexualité, bestialité...) ou d'érotisations substitutives (sado-masochisme, exhibitionnisme, mixoscopie, coprophilie, ondinisme, etc...). Ces descriptions concernent surtout les formes médico-légales des perversions (attentats à la pudeur, exhibitionnisme, viol...), plus bruyantes et spectaculaires que les autres, mais elles aboutissent toutes à la même conclusion : la rareté des perversions sexuelles chez les épileptiques. Marchand et Ajurriaguerra, 1948, admettent à ce propos que « ces manifestations sont loin d'être fréquentes dans l'épilepsie » ; Legrain, 1886, et Féré, 1899, ne voient aucune relation

de causalité entre l'épilepsie et les perversions sexuelles dont ils admettent la coïncidence ; Olliviers, 1931, et Apfelberg et collaborateurs, 1944, font une étude statistique à ce propos et trouvent respectivement moins de 5 % et 0 % d'épileptiques sur de vastes populations de délinquants sexuels (300 et 250 cas). Quant à Thompson, 1954, il admet que certains malades présentant des anomalies sexuelles se comportent comme s'ils avaient des crises psychomotrices ou une intoxication alcoolique aiguë, mais il ne donne aucune précision statistique à ce propos.

Les troubles quantitatifs de l'instinct sexuel sont beaucoup plus difficiles à étudier à travers la littérature médicale où l'on trouve rapportés quelques cas d'hypersexualité (précocité sexuelle, masturbation frénétique, priapisme, satyriasis, nymphomanie, besoin de débauche périodique...). En ce qui concerne l'hyposexualité, nous n'avons trouvé signalées que la frigidité et l'impuissance, transitoires ou durables, qui suivent l'effet déprimant d'une crise récente ou l'institution d'une thérapeutique bromurée ou barbiturique.

De telles constatations laissent entendre que les troubles du comportement sexuel sont très rares chez les épileptiques, sans relation avec la forme clinique de la maladie, et qu'ils revêtent exclusivement la forme de l'hypersexualité ou de la perversion sexuelle.

C'est à des résultats tout à fait différents qu'aboutissent les recherches exposées dans le présent travail, dont les conclusions peuvent s'anticiper de la façon suivante : 1° les troubles du comportement sexuel sont fréquents chez les épileptiques ; 2° ils ne s'observent que chez certains d'entre eux, répondant généralement à la variété électro-clinique dite psychomotrice ou temporelle (1) ; 3° ils sont rarement en relation avec les crises d'épilepsie ou les états immédiatement post-critiques, revêtant alors le caractère d'hypersexualité ou de perversions sexuelles *paroxystiques* ; 4° ils sont fréquemment en relation avec la condition intercritique et réalisent alors exclusivement l'aspect clinique d'une hyposexualité *permanente*.

(1) A propos de la définition et de la description de l'épilepsie, dite psychomotrice ou temporelle, le lecteur pourra se référer au rapport présenté par l'un de nous à la réunion scientifique de la Ligue internationale contre l'épilepsie (Lisbonne, 1953) : So-called « psychomotor » and « temporal » Epilepsy. A critical Study, *Epilepsia*, III^e série, volume 2, novembre 1953, pp. 59-99.

Epilepsie psychomotrice et troubles paroxystiques du comportement sexuel

Ces troubles sont très rares, pour ne pas dire exceptionnels. On peut en distinguer trois variétés : 1) ceux qui surviennent au début des crises, comme une « aura », et représentent une activité réactionnelle à une sensation anormale intéressant la sphère génitale ; 2) ceux qui surviennent au cours d'une crise sous la forme d'une simple manifestation végétative positive ; 3) ceux qui accompagnent les états d'obnubilation critiques ou post-critiques en réalisant ce que nous avons proposé d'appeler des « automatismes confusionnels » (1).

1) Les troubles sexuels paroxystiques secondaires à des sensations génitales anormales sont tout à fait exceptionnels et nous n'en avons relevé qu'un seul cas sur plusieurs milliers d'observations d'épileptiques psychomoteurs.

OBSERVATION 1. — Histoire clinique : H. V..., 27 ans (sexe masculin), crises depuis plusieurs années, débutant par une sensation de tension et de plénitude douloureuse périnéale, lui faisant contracter le sphincter anal. La sensation anormale s'étend ensuite au scrotum et à la verge avant que ne surviennent une perte de connaissance et des phénomènes toniques spasmodiques. Dans certains cas, cependant, la conservation de la conscience laisse persister la sensation anormale, amenant le sujet à se masturber ou à pratiquer le coït suivant les conditions. Nous ne sommes pas arrivés à faire préciser si cette activité réactionnelle était secondaire à un appétit sexuel soudain ou au simple besoin de neutraliser la sensation anormale ; par contre, il est certain que le sujet n'éprouvait aucun fantasme susceptible d'expliquer son comportement.

Electroencéphalogramme : foyer bilatéral indépendant de pointes lentes sur la région temporale antérieure du scalp.

2) Les troubles sexuels critiques revêtant la forme d'un phénomène végétatif primitif, non réactionnel à une sensation anormale, sont tout aussi exceptionnels, et nous n'avons observé

(1) A propos de la distinction entre les activités réactionnelles, les activités forcées et les automatismes confusionnels, le lecteur pourra se référer à un précédent travail : GASTAUT (H.), TERZIAN (H.), NAQUET (R.) et LUSCHNADT (K.) : Corrélations entre les « automatismes » des crises temporales et les phénomènes électro-encéphalographiques qui les accompagnent. *Revue neurologique*, 1952, 86, 678-682.

qu'un seul cas de priapisme marquant le début des crises psychomotrices (cf. observation 5).

3) Sans être fréquents, les troubles sexuels critiques ou post-critiques correspondant à des automatismes confusionnels sont beaucoup moins rares. Ils représentent la libération d'automatismes complexes au cours des états d'insuffisance mentale qui s'observent fréquemment pendant ou après les crises psychomotrices. Dans ces cas, la dissolution de la conscience permet la résurgence de comportements fragmentaires, archaïques, infantiles, anti-sociaux, et notamment de conduites condamnées et refoulées, parmi lesquelles toutes les extravagances sexuelles peuvent trouver leur place. Les caractéristiques de ces troubles particuliers du comportement sexuel sont donc représentées par leur imprévisibilité, leur soudaineté, leur violence non réfrénée, et surtout leur inconscience, le sujet ne gardant aucun souvenir de l'acte qu'il vient de commettre.

La rareté de ces automatismes sexuels est témoignée par le fait que nous n'en avons observé que deux ou trois exemples au cours de plusieurs centaines de crises psychomotrices spontanées ou provoquées dont nous avons été les spectateurs. Encore s'agissait-il simplement d'attouchements et de propositions galantes faites aux infirmières du voisinage par les sujets obnubilés. Dans ces conditions, nous n'avons jamais observé les automatismes sexuels violents, à signification médico-légale, dont nous avons recueilli une dizaine d'observations parmi les 3.000 épileptiques psychomoteurs que nous avons eu l'occasion d'étudier. En voici quelques exemples caractéristiques.

a) Automatismes confusionnels complexes avec excitation sexuelle.

Nous détaillerons ultérieurement l'observation d'une femme de 70 ans (observation 21), internée depuis l'âge de 47 ans, qui présentait depuis la puberté des crises débutant par une sensation de striction épigastrique ou un violent vertige. Certaines de ces crises étaient accompagnées d'un spasme tonique et suivies par un épisode confusionnel avec excitation sexuelle, gestes obscènes et propos orduriers ayant entraîné l'internement. Elle ne gardait évidemment aucun souvenir des paroles et des actes accomplis pendant ces épisodes et ceux-ci juraient particulièrement avec son comportement inter-critique totalement indifférent à tout ce qui touchait la sexualité.

b) Automatismes confusionnels complexes avec exhibitionnisme.

OBSERVATION 2. — Histoire clinique : P. R..., 31 ans (sexe masculin), est poursuivi pour exhibitionnisme. Il s'agit d'un pédéraste impénitent qui cherche habituellement ses bonnes fortunes dans les urinoirs, ce qu'il admet sans difficulté. Par contre, il nie les faits qui lui sont reprochés : s'être déculotté en un lieu public et avoir agité ses organes génitaux jusqu'à ce qu'un agent soit alerté et vienne l'arrêter. Il ne se souvient pas des faits, qu'il juge ineptes : pourquoi aurait-il fait ces propositions en se déshabillant publiquement, alors qu'il est habitué à le faire discrètement dans un urinoir ?

Electroencéphalogramme : foyer temporal bilatéral, indépendant.

A cette observation, il convient de rattacher celle de Delaye, Assailly et Verdeaux, 1949, concernant des « équivalents psychiques comitiaux à thème d'exhibitionnisme » chez un malade dont le trouble obsessionnel était vécu au cours d'une expérience délirante paroxystique, et celle de Charlin, Mignardot et Valet, 1952, concernant un malade qui s'exhibait dans un état crépusculaire, sans angoisse ni préoccupation obsédante :

« ...Comme chaque fois, T... s'est toujours livré à l'exhibitionnisme dans le même lieu, devant le buffet de la gare ; il montait sur une table, comme précédemment, et agitait à plusieurs reprises ses organes génitaux jusqu'à ce qu'on l'aperçût et l'arrêtât. Quant à lui, il se rappelle s'être dirigé vers la gare, mais il affirme être incapable de dire exactement ce qui s'est passé depuis le moment où il a eu la notion de se diriger vers la gare jusqu'à la brutale arrestation... »
« L'électroencéphalographie montre, dès le début de l'hyperpnée, un complexe pointe-onde dans les dérivations rolandique et temporale droites, que l'on retrouve nettement au cours de deux examens électroencéphalographiques pratiqués à quinze jours d'intervalle... »

c) Automatismes confusionnels complexes avec viol.

OBSERVATION 3. — Histoire clinique : Ter... Henri, 34 ans (sexe masculin). Traumatisme crânien temporal droit avec perte de connaissance à l'âge de 25 ans. Un an après, apparition de crises amnésiques procursives et de crises végétatives, également amnésiques, précédées d'un violent mal de tête, et caractérisées par une salivation et une sudation très abondantes. Syndrome subjectif des traumatisés du crâne et discret déficit moteur droit. Ce malade a fait deux tentatives de viol dans des conditions différentes. La première fois, il part en

motocyclette pour chercher dans un village voisin des médicaments à l'usage de son fils malade. Brusquement, alors qu'il est chez le pharmacien, il quitte l'officine, enfourche sa motocyclette et ne revient qu'une heure plus tard pour prendre les médicaments qu'il rapporte chez lui. Deux jours plus tard, la police vient l'arrêter pour le conduire en prison. Il était accusé d'un viol effectué pendant sa courte fugue. Il est libéré, après expertise psychiatrique. Un an après, à la suite d'une absorption massive d'alcool, il sort de l'atelier, prend sa moto et se rend chez une « dame qu'il connaît ». Cette fois, il se souvient de toutes les circonstances de la tentative de viol et dit qu'il voyait la personne « bouger sous lui comme si elle était sous un objet instable ». La dame a porté plainte contre lui.

Electroencéphalogramme : rythme de fond à 10 c./s., bien réagissant, plus important dans les régions postérieures, où il se superpose à de nombreuses bouffées d'ondes à 4 c./s. ; une injection progressive lente de cardiazol à 5 % fait apparaître, pour le onzième centimètre cube, des décharges de pointes-ondes lentes en opposition de phase autour de l'électrode temporale moyenne droite.

Il est probable que la première tentative de viol a été accomplie dans un état confusionnel post-critique, tandis que la seconde, partiellement consciente et mnésique, correspond peut-être à une obnubilation moins complète de la conscience où l'alcool aurait pu jouer une grande part. Dans aucun des deux épisodes toutefois, on ne peut exclure la responsabilité de l'épilepsie.

d) Automatismes confusionnels complexes avec homicide.

OBSERVATION 4. — Histoire clinique : X..., 24 ans (sexe masculin), Interné à l'hôpital psychiatrique après expertise médico-légale, pour coups et blessures ayant entraîné la mort. Traumatisme crânien important dans l'enfance ayant nécessité une trépanation temporale gauche postérieure. Quelques mois après, apparition de crises, caractérisées par une aphasie paroxystique et des clonies du visage ; quelques crises se généralisent après que le sujet ait présenté une aversion forcée vers la droite ou vers la gauche. Depuis trois ans la thérapeutique (épiclase) paraît contrôler toutes les manifestations épileptiques.

Les circonstances du crime sont impossibles à préciser car il n'y avait pas de témoin et l'inculpé n'en a conservé aucun souvenir. Comme il en avait l'habitude, il était allé se promener avec une jeune fille plus âgée que lui ; pour la première fois, il avait proposé et tenté un rapprochement sexuel, qui semble avoir entraîné une violente discussion, au cours de laquelle il aurait frappé la jeune fille au visage avec une pierre. Comme elle criait, il semble qu'il l'ait achevée en

laissant tomber sur son visage une très grosse pierre. Au cours de l'expertise, le sujet affirme n'avoir aucun souvenir précis de ses actes, dont il accepte cependant la responsabilité. Il dit, en effet : « Je ne me souviens de rien, elle était pleine de sang, je ne sais pas qui l'a fait, mais comme il n'y avait personne d'autre ce doit être moi. »

Electroencéphalogramme : pointes lentes sporadiques occupant la région temporale droite dans des conditions de repos. L'injection progressive lente de cardiazol détermine l'augmentation du foyer temporal droit et fait apparaître des pointes et des pointes-ondes d'abord sporadiques, puis pseudo-rythmiques, sur la région temporale gauche. Il faut injecter progressivement 24 cc. de cardiazol à 5 % pour provoquer une décharge continue rythmique de pointes-ondes dans la région temporale gauche, pendant laquelle le sujet dévie la tête vers la droite.

Aperçu psychologique : débile léger, fils d'un père alcoolique et syphilitique. Depuis son internement il est habituellement doux et tranquille, appliqué dans son travail. De temps à autre il manifeste cependant des colères violentes et explosives. Homosexualité pragmatique, qui contraste avec l'agression hétérosexuelle, mais semble en relation avec les conditions de vie asilaire.

Epilepsie psychomotrice et troubles permanents du comportement sexuel

Contrairement aux précédents, ils sont très fréquents chez les épileptiques psychomoteurs où ils revêtent exclusivement la forme d'une diminution plus ou moins importante de l'activité sexuelle, quand il ne s'agit pas d'un apragmatisme absolu ou d'une indifférence totale.

Ces constatations, que nous croyons originales, ont été faites accidentellement à propos d'une série de 14 observations qui, parmi plusieurs centaines d'autres, ont attiré notre attention ces dernières années sur l'éventualité d'une hyposexualité permanente chez les épileptiques psychomoteurs. Le chiffre était peu important, mais il contrastait avec l'absence totale d'observations mentionnant une hypersexualité. Pour résoudre le problème, nous avons fait une enquête systématique du comportement sexuel chez 36 épileptiques psychomoteurs présentant un foyer électroencéphalographique sur la région temporale du scalp. Nous allons présenter successivement nos 14 observations principales et les résultats de notre enquête.

A. — OBSERVATIONS

Elles ont toutes été prises chez des sujets des deux sexes, d'âges différents, fréquentant une consultation externe pour épileptiques. Les anomalies sexuelles qu'elles relatent peuvent se distinguer schématiquement en trois groupes.

Groupe 1 : absence de toute activité sexuelle chez des malades dont les crises ont débuté pendant l'enfance. Il s'agit de trois sujets dont les caractères sexuels primaires et secondaires sont parfaitement développés malgré leur maladie, mais qui ne se sont jamais éveillés à la vie sexuelle.

Groupe 2 : diminution ou disparition d'une activité sexuelle préalablement normale chez des sujets dont les crises psychomotrices sont apparues après la puberté. Nous possédons 11 observations de ce type dont les deux dernières présentent des caractères particuliers méritant d'être discutés (activité sexuelle quantitativement diminuée et qualitativement anormale).

Observations du Groupe 1

OBSERVATION 5. — Histoire clinique : Yel... Jean, 53 ans (sexe masculin). Epilepsie psychomotrice depuis l'enfance. Traumatisme à la naissance, rougeole compliquée d'encéphalite et de crise convulsive à 4 ans. Crises d'abord rares, de type généralisé, puis crises psychomotrices de type différent, comportant la série totale ou quelques-uns des événements suivants : sensation thoracique indéfinissable, qui monte du creux épigastrique vers la bouche (c'est une lampe qui s'éteint, une colonne qui monte) ; quand elle atteint la bouche, elle s'accompagne d'une sensation amère et la conscience s'altère aussitôt. Changement de coloration ou pâleur du visage. Crise de mâchonnement avec déglutition. Clonies des paupières. Automatismes gestuels simples (se frotte rythmiquement le pouce contre l'index, a l'impression que ses doigts sont froids et engourdis). Mouvements déviationnels de la tête tantôt à droite, tantôt à gauche. Impression de strangulation ou sensation d'arête de poisson dans la gorge, déterminant une réaction d'expulsion. Obnubilation plus ou moins marquée de la conscience, pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance avec chute brutale. Fréquence : une à deux par mois.

Electroencéphalogramme : rythme thêta temporal bilatéral ; quelques pointes lentes sporadiques occupent également les régions temporales du scalp.

Thérapeutique : suivi et traité depuis l'âge de 4 ans (bromure puis gardénal à des doses variant de 15 à 20 cgr.).

Aperçu psychologique : scolarité brillante, interrompue à 16 ans par l'apparition de crises généralisées de type grand mal. Vocation religieuse tranquille et raisonnée à 18 ans, qui le conduit jusqu'au postulat. Abandonne sans regrets à cause de la maladie. Depuis vit dans sa famille, s'occupant d'horticulture. Joue au bridge avec intelligence, s'intéresse à l'usine paternelle sans y participer activement. Lit beaucoup (romans d'aventures, récits de voyage, ouvrages historiques). Discrets troubles caractériels pendant l'enfance (il était jaloux, coléreux, irritable) qui ont cessé à l'adolescence. Depuis, bien qu'entêté, il est doux et affectueux, très aimé de son entourage et des domestiques.

Comportement sexuel : il répond immédiatement, sans gêne et avec simplicité à toutes les questions. Manifeste un désintérêt total pour tout ce qui touche à la sexualité. Pendant sa jeunesse, n'a jamais compris pourquoi les garçons étaient attirés par les jeunes filles. N'a eu avec elles que des relations de camaraderie, sans la moindre émotion de nature sexuelle. Par la suite, a toujours eu horreur de tout rapprochement sexuel. L'idée de l'impuissance ne l'a jamais effleuré. Ses amis le traitaient de misogyne, il en riait avec simplicité. Il n'a jamais eu d'érection. Quelquefois, vers l'âge de 15 ans, avant certaines crises, il éprouvait pendant quelques secondes une vague sensation au niveau de la verge qui durcissait avant que la conscience ne s'obscurcisse. Au total, cette aura génitale s'est manifestée une quinzaine de fois. Ignore la signification des mots éjaculation, sperme, masturbation. Pas de fantasmes, pas de rêves érotiques. Il n'a jamais eu l'intention de se marier ; sa mère lui a toujours répété qu'il ne pourrait pas le faire à cause de sa maladie, mais il n'en a jamais éprouvé le désir. Organes génitaux et caractères sexuels secondaires normaux.

OBSERVATION 6. — Histoire clinique : Obs..., 32 ans (sexe masculin). Forceps traumatisant à la naissance. Crises psychomotrices depuis l'âge de 12 ans : arrêt de l'activité, chute des objets, déviation conjugée de la tête et des yeux, tantôt à droite, tantôt à gauche, automatismes divers (urine, se déculotte). Au cours d'une de ces crises est tombé d'une échelle en 1953. Exceptionnellement, crises secondairement généralisées, avec perte de connaissance, chute et morsure de la langue. Rythme des crises : cinq à six par jour. Après la crise éprouve une sensation de faim, boit ou mange immédiatement.

Electroencéphalogramme : décharge de pointes lentes sporadiques sur la région temporale antérieure du scalp du côté gauche.

Thérapeutique : épiclase et barbituriques, puis épiclase et sédatoinal (6 comprimés d'épiclase et 4 de sédatoinal). Suppression totale des crises pendant un an.

Aperçu psychologique : ne sait ni lire, ni écrire, bien que doué d'une intelligence assez vive. Il seconde efficacement son père dans une entreprise de maçonnerie. N'est intéressé que par le travail et

l'argent : « Le travail c'est ma vie, je n'ai de plaisir que quand je travaille. » A fait récemment deux crises névropathiques « parce qu'il était malheureux dans son travail, à cause de sa maladie ». Tonalité affective très labile, le plus souvent triste. A de nombreux raptus coléreux pour des motifs futiles, devient violent, grossier, élastique, mais non agressif. Il ne fait jamais de mal à personne. Il est très dévoué, « bon garçon », aimé de ses ouvriers. Il est calme, docile, hors ces crises de colère. Vocation religieuse très accusée, mais contrariée par le milieu familial et professionnel.

Comportement sexuel : ne s'est jamais masturbé, n'a jamais eu de contact sexuel ni de rêve érotique ; n'a aucune tendance homosexuelle. Ne s'intéresse pas aux femmes. Il les salue mais ne leur parle pas. Il n'aime ni danser, ni s'amuser. Il ne sort pas avec les camarades de son village parce qu'ils fréquentent les femmes. Cependant, il va quelquefois au cinéma voir des films sentimentaux, qu'il préfère aux autres. C'est « qu'il aime voir faire l'amour aux autres, lui qui n'aime pas le faire ». Il se serait marié depuis longtemps s'il avait été normal. Il voudrait être comme les autres, et souffre de ce que les jeunes filles s'éloignent de lui parce qu'il est malade. D'ailleurs sa famille le met en garde contre celles qui, attirées par sa situation de fortune, s'intéresseraient à lui. La peur de la maladie est un autre argument. Récemment, ce comportement a semblé se modifier. Des préoccupations d'ordre sexuel sont apparues. Il a plaisanté avec notre secrétaire sur des questions de mariage, a dit au médecin qui l'invitait à s'asseoir près de lui : « Vous allez faire la femme », et, au cours de ses crises névropathiques, a dit que la sainte Vierge « n'était pas une vierge, mais une pute ». Mais, en réalité, ces préoccupations sont très récentes et ont été déclenchées par un interrogatoire préalable, orienté vers son activité sexuelle. Son intérêt pour les films sentimentaux, son vague regret de ne pouvoir se marier, témoignent uniquement du souci de ne pas être comme les autres, et ne peuvent même pas être considérés comme le pâle reflet d'une pulsion sexuelle qui fait complètement défaut chez lui.

OBSERVATION 7. — Histoire clinique : Dom..., 23 ans (sexe masculin). A 3 ans, rougeole et bronchopneumonie grave. Début des crises trois mois après. Les phénomènes paroxystiques débutent par des sensations thoraciques : a l'impression que le cœur se ralentit puis reprend, comme une lampe qui s'éteint ; sent comme un débordement liquide qui monte de l'appendice xyphoïde et s'arrête à une hauteur variable, éprouve alors le besoin d'uriner. Puis le déroulement est variable : tantôt tout s'arrête là ; le plus souvent, des phénomènes, de gravité échelonnée, suivent : mâchonnement et salivation, clonies de la paupière droite, affaissement sur les genoux. La conscience s'altère progressivement, la perte de connaissance est parfois totale. Fréquence variable (jusqu'à dix ou quinze crises par mois).

Electroencéphalogramme : décharges de pointes-ondes occupant la région temporale du scalp du côté droit.

Thérapeutique : a été traité plus ou moins régulièrement depuis l'âge de 10 ans (barbituriques, hydantoïnes). Intervention sur le foyer épileptogène il y a un an. Diminution des crises. Depuis, a l'impression que son visage est tordu, que ses cheveux s'en vont, que ses yeux sont jaunes.

Aperçu psychologique : intelligence moyenne, scolarité bonne jusqu'au brevet supérieur. Discrète agressivité entre 12 et 15 ans. Depuis est devenu doux, docile, obéissant, manifestant une tendance à l'isolement. Vit avec sa famille en suivant des cours par correspondance.

Comportement sexuel : vierge de toute expérience sexuelle. Ne s'est jamais masturbé. N'a aucune tendance homosexuelle, n'est pas attiré par les femmes. « L'idée de coucher avec une jeune fille est une horreur pour moi... Quand les camarades racontent des histoires de femmes je souris, ça ne m'intéresse pas. » Aurait quelques rares érections (une fois tous les deux ou trois mois) ; il se réveille et a l'impression qu'il va « uriner », mais il constate que « les urines sont d'abord épaisses, blanches ou grises, elles collent, puis elles deviennent normales ». A toujours été éveillé pour constater ce phénomène et n'a jamais « uriné » au lit. Pas de rêves érotiques, pas de fantasmes sexuels. Ne s'intéresse ni aux romans sentimentaux ni aux films passionnels. Il manifeste une incuriosité sexuelle totale et sourit avec condescendance « quand on parle de toutes ces questions ». Pas de conflit familial, pas de facteurs d'inhibition. Vague vocation religieuse sans force vers l'âge de 15 à 16 ans.

Observations du Groupe 2

OBSERVATION 8. — Histoire clinique : Del... Marcel, 38 ans (sexe masculin). Sous-officier. Absence de traumatisme à la naissance et de maladies graves pendant l'enfance. Accident de motocyclette à 24 ans, en 1939 : plaie de la région orbitaire droite, coma pendant plusieurs heures. Dans les années qui suivent, syndrome subjectif des traumatisés du crâne (céphalées paroxystiques, vertiges, nausées, vomissements, pas de signes neurologiques objectifs). Premières manifestations comitiales en décembre 1950 : crise nocturne avec morsure de la langue, contraction tonique généralisée. Par la suite, quatre autres crises (1951-1952), dont les trois dernières en Indochine. Toutes ces crises sont identiques, elles surviennent la nuit. Depuis la première crise généralisée, sa femme a constaté l'existence de crises psychomotrices, caractérisées par une obnubilation de conscience durant une à deux secondes, pendant lesquelles le sujet paraît égaré et prend son menton ou ses lèvres avec sa main gauche. Ces pseudo-absences temporales sont très fréquentes, surtout depuis le retour d'Extrême-Orient (mars 1952).

Electroencéphalogramme : foyer temporal bilatéral. L'encéphalographie gazeuse montre en outre une zone d'atrophie frontale.

Aperçu psychologique : parallèlement aux manifestations comitiales sont apparues des modifications caractérielles importantes et graves : le sujet est devenu très irritable et agressif, son humeur est très labile, il est souvent déprimé. La vie conjugale devient de ce fait rapidement impossible et l'épouse déserte le foyer, puis abandonne complètement son mari et ses enfants.

Comportement sexuel : depuis le début des crises, diminution importante de la libido. A son retour d'Extrême-Orient, il ne manifeste plus d'intérêt pour l'acte sexuel, second motif de mésentente conjugale. Il faut noter l'installation parallèle d'une mastose douloureuse bilatérale. Les testicules sont petits et mous.

Evolution : sous l'influence du traitement (sédantoinal, barbituriques), les phénomènes comitiaux ont totalement disparu, les modifications caractérielles se sont effacées ; le comportement sexuel est redevenu normal et l'harmonie conjugale a été rétablie.

OBSERVATION 9. — Histoire clinique : Zec... Félix, 43 ans (sexe masculin). Naissance difficile, convulsions à 5 ans, nombreux traumatismes craniens. Crises depuis l'âge de 18 ans, toujours nocturnes, rares et irrégulières. Tous les cinq à six ans, présente trois à quatre crises et se traite irrégulièrement par 0,05 cgr. de gardénal. Pas de preuve clinique de la nature psychomotrice des crises (toujours nocturnes), mais les données électroencéphalographiques sont tout à fait caractéristiques.

Electroencéphalogramme : décharge de pointes lentes temporales antérieures du côté droit du scalp.

Comportement sexuel : impuissance sexuelle totale, absolue, progressivement aggravée. Cette infirmité est mal supportée par le malade, qui considère les rapports sexuels comme « une hygiène élémentaire nécessaire pour la santé ».

OBSERVATION 10. — Histoire clinique : Cerr... Henri, 48 ans (sexe masculin). Trauma crânien à 43 ans, avec perte de connaissance. Quelque temps après, crises avec hallucinations visuelles et auditives : il voit passer des animaux (chats, chiens, souris) et des personnages défunts. Croit qu'on l'appelle par son nom et qu'on frappe à la porte. La vision de l'ambiance n'est pas supprimée, les hallucinations s'inscrivent dans le cadre. Ces phénomènes hallucinatoires sont parfois suivis de spasme clonique et tonique du membre supérieur droit et du pied droit et de chute. Après la crise : automatismes confusionnels. N'a jamais eu de thérapeutique.

Electroencéphalogramme : foyer temporal gauche. Atrophie corticale pariéto-temporale objectivée par encéphalographie gazeuse.

Comportement sexuel : impuissance complète, progressivement apparue depuis le traumatisme.

OBSERVATION 11. — Histoire clinique : Gre... Guy, 27 ans (sexe masculin). Naissance normale. Convulsions à 18 mois, puis crises convulsives nocturnes à prédominance gauche. A 4 ans, ces crises font place à des manifestations psychomotrices : sentiment dysesthésique généralisé, avec chair de poule, puis automatismes ambulatoires et verbaux. Parfois, aura épigastrique. A partir de 15 ans, les crises disparaissent complètement pendant cinq ans. Elles réapparaissent à 20 ans, après un emprisonnement d'un an (pour raisons politiques).

Electroencéphalogramme : foyer temporal irritatif droit.

Thérapeutique : pas de thérapeutique pendant l'enfance. Traitement irrégulier très complexe et mal équilibré depuis quelques mois : un comprimé de sédantoïnal, un comprimé d'épidione, un comprimé d'épiclase, un comprimé d'orténal.

Comportement sexuel : impuissance totale depuis plusieurs années.

OBSERVATION 12. — Histoire clinique : Pel... Dominique, 47 ans (sexe masculin). Crises psychomotrices caractéristiques, avec mâchonnement et salivation survenant pendant l'endormissement.

Electroencéphalogramme : foyers temporaux droit et gauche indépendants.

Comportement sexuel : diminution progressive de l'appétit sexuel depuis le début des crises. Le malade l'attribue à la médication (un comprimé de sédantoïnal et un comprimé de gardénal à 0,10), ce qui l'amène à consulter pour obtenir une diminution de cette thérapeutique. Loin d'obtenir la concession qu'il réclame, ses doléances font augmenter les doses de sédantoïnal. A la suite de quoi les crises disparaissent pendant quelques mois, tandis que les rapports sexuels s'améliorent. Devant ce résultat, le malade supprime la thérapeutique, ce qui a pour effet de faire apparaître cinq crises dans la même journée, dont la première généralisée. Examiné quelques jours plus tard, l'activité du foyer épileptogène a considérablement augmenté à l'électroencéphalogramme et l'impuissance sexuelle est totale. Ultérieurement, la reprise de la médication va de nouveau supprimer les crises, améliorer les tracés et rétablir une activité sexuelle relative.

OBSERVATION 13. — Histoire clinique : Ma... Thérèse, 42 ans (sexe féminin). En avril 1952, hémorragie cérébro-méningée avec coma, hémiplégie droite et paralysie du III à gauche (ptosis et strabisme externe). Au réveil, anarthrie. Hémorragie et exsudats rétiens à gauche. Disparition de tous les signes en quinze jours. En novembre 1952, première manifestation paroxystique : anarthrie, déviation du visage à gauche, clonies du membre supérieur droit. Depuis, les crises évoluent par salve de deux ou trois tous les deux mois. Elles ne sont pas stéréotypées et comportent une richesse séméiologique remarquable. La crise débute par une céphalée gauche sus-orbito-frontale, qui s'accompagne d'une impression d'augmentation d'inten-

sité des bruits environnants. Puis survient toute une série de phénomènes d'ordre sensitif, moteur, sensoriel, végétatif, accompagnés de modifications de la conscience, et dont la variabilité donne à chaque crise un aspect particulier.

Electroencéphalogramme : foyer temporal gauche.

Thérapeutique : n'a jamais eu de médication antiépileptique.

Comportement sexuel : avant l'apparition des crises, elle avait un comportement sexuel normal, avec des rapports fréquents. L'entente conjugale était parfaite sur tous les plans. Depuis le début de sa maladie elle a une véritable appréhension pour les contacts sexuels, qui sont devenus très rares (une fois par mois). L'orgasme n'est plus obtenu. Et cependant elle aime son mari et voudrait qu'il soit près d'elle. Cette frigidité est facilement acceptée et ne l'inquiète pas.

OBSERVATION 14. — Histoire clinique : Car... Louise, 35 ans (sexe féminin). Accident de bicyclette à 17 ans : heurte une voiture et perd connaissance. Première manifestation comitiale en février 1953 : se sent triste, déprimée, se met brusquement « à grimacer » (en réalité, mouvements de mastication), lève les yeux au plafond, le sol semble monter vers elle, puis elle perd connaissance et tombe. Au réveil, envie impérieuse d'aller à la selle, se retrouve complètement consciente dans les W.-C. Pendant la crise, salivation abondante (un lac par terre) et morsure de la langue. Depuis, quatre crises à peu près identiques (pendant une période de dix-huit mois), avec mâchonnement tellement violent qu'il entaille la langue. En dehors de ces crises : modification paroxystique de la conscience à type d'absence : sensation de fatigue et cessation de toute activité consciente pendant quelques secondes.

Electroencéphalogramme : foyer temporal droit.

Comportement sexuel : avant son mariage, appétit sexuel très développé, avec orgasme facile (trois ou quatre fois par jour). Se marie à l'âge de 28 ans. Les premiers rapports avec son mari sont satisfaisants. Cependant, elle est souvent inhibée par la peur des conséquences, son mari ne prenant aucune précaution (a eu de nombreuses fausses-couches provoquées). Depuis deux ans, diminution progressive de l'appétit sexuel ; rapports acceptés facilement sans orgasme. Actuellement, éprouve une irritation à l'idée d'un rapprochement sexuel qu'elle subit avec désagrément. Absence de rêves érotiques, d'activités sexuelles compensatrices. Cet état l'inquiète vaguement car c'est le seul point d'union avec un mari qui a des activités et des goûts différents des siens.

Evolution : après un mois, sous l'influence d'un traitement à base de barbituriques et de sédatif, disparition des crises et discrète modification du comportement sexuel. Les rapports avec son mari sont devenus beaucoup plus tolérables. Elle subit, sans impatience et sans désagrément, « mais ce n'est pas encore agréable ».

OBSERVATION 15. — Histoire clinique : Dur... Jeanne, 36 ans (sexe féminin). En 1944, premier événement insolite : son fils se noie dans un bassin, elle le retire, mais ne peut ni parler ni crier ; elle doit s'expliquer par gestes. En 1947 elle présente quatre crises nocturnes (à l'époque des règles), avec morsure de la langue chaque fois. En 1948, double otite gauche et mastoïdite opérée (il est question d'otite chronique très ancienne). Elle présente une dernière crise convulsive quelques mois après ; puis apparaissent des crises psychomotrices, d'abord très espacées, puis plus fréquentes (trois à quatre par mois). Actuellement, elle en présente dix par jour environ. Ces crises psychomotrices sont de différents types : obnubilation soudaine de la conscience, avec « désadaptation » des gestes et du langage type « fausse absence temporale ». Phénomènes identiques, avec trouble phasique ou paroles stéréotypées. Hallucinations visuelles normalement colorées, sans tonalité affective et sans hallucination auditive concomitante. Ces phénomènes sont parfaitement critiqués. Elle oublie en général le contenu de l'hallucination et cherche même volontairement à l'oublier en faisant quelque chose pour marquer la fin du paroxysme : en général elle boit un verre d'eau. Elle présente en outre des impressions de déjà vu, ne s'accompagnant d'aucun malaise, et se manifestant un ou deux jours après une hallucination larvée (remémoration de l'hallucination).

Electroencéphalogramme : foyer temporal gauche.

Comportement sexuel : en trois à quatre mois, alors que l'activité sexuelle était parfaitement normale, s'installe progressivement une frigidité qui demeure totale. Depuis un an cette frigidité l'inquiète et constitue pour elle un véritable drame. Son « indifférence » est un crime à l'égard de son mari, qui a toutes les qualités. Elle a peur qu'il s'en rende compte un jour, malgré tous les efforts qu'elle fait pour lui cacher son infirmité. « Ce serait alors la pire des déchéances. »

OBSERVATION 16. — Histoire clinique : So... Amélie, 37 ans (sexe féminin). Depuis un an et demi, crises psychomotrices : début par sensation olfactive et impression d'étouffement ; puis cette impression descend jusqu'à l'abdomen, en même temps qu'elle présente des troubles phasiques du type jargonphasie. Fréquence des crises : deux par mois. Parallèlement aux crises, symptômes de la série diencéphalique : amaigrissement de 10 kg., disparition des règles.

Electroencéphalogramme : foyer temporal droit.

Thérapeutique : n'a jamais été traitée.

Comportement sexuel : frigidité qui s'est installée parallèlement aux crises.

OBSERVATION 17. — Histoire clinique : Mic... Georges, 21 ans (sexe masculin). Convulsions à l'âge de quinze mois. Crises à partir de 4 ou 5 ans, qui persistent depuis lors : douleurs ou simple malaise

abdominal, avec émission de gaz, puis déviation gestuelle gauche et spasme tonique en extension. Ultérieurement, épisode confusionnel, avec automatismes complexes, gestuels et verbaux.

Electroencéphalogramme : double foyer temporal indépendant, plus actif à droite.

Thérapeutique : intervention sur le foyer épileptogène en 1953.

Aperçu psychologique : détérioration intellectuelle, angoisse, avec idée continue de mort. Le malade a été interné.

Comportement sexuel : avant l'intervention, masturbation fréquente (quotidienne, par périodes de quinze jours et repos de quelques jours ou quelques semaines), mais qui n'aboutit pas toujours, puisque le malade ne peut pas éjaculer deux jours de suite.

Cette masturbation sans fantasmes n'est pas pratiquée pour « le plaisir ». Elle est dictée par un raisonnement particulier : « Il fait ça pour être plus méchant et plus fort et ainsi dominer les autres, car dans un asile de fous il faut être le plus fort. » Il a appris, à travers une abondante littérature spécialisée, qu'il nous montrera par la suite, « que ce qui sort de la verge c'est la bonne partie du sang ». Il doit donc la faire partir, pour garder la plus mauvaise et devenir le plus fort et le plus méchant possible. Pas d'autres activités sexuelles (pas de fantasmes hétérosexuels, pas d'attrait pour les femmes, pas d'activité ni de tendance homosexuelle, malgré les nombreuses sollicitations de l'asile).

Après l'intervention, qui a eu un heureux résultat sur les crises, masturbation plus rare : deux fois par semaine, et toujours avec succès et fantasmes hétérosexuels. « Il n'a plus besoin d'être méchant puisqu'il n'est plus interné. » Il veut travailler et demande avec insistance qu'on lui trouve des femmes.

Ce cas est plus complexe que les précédents, car il présente une hyposexualité certaine (impossibilité d'éjaculation deux jours de suite chez un jeune homme de 22 ans ; indifférence hétéro et homo-sexuelle), paradoxalement associée à une masturbation régulière, quoique souvent sans effets. Toutefois, le paradoxe n'est qu'apparent, car la masturbation est curieusement motivée par la réaction du sujet contre le milieu asilaire, sous l'effet d'une perversion globale du caractère, et ne constitue pas un excès ni une perversion de la sexualité. Après l'intervention, le désir de rapports hétéro-sexuels est également motivé. Il veut une femme pour « pouvoir être normal et travailler comme les autres ».

OBSERVATION 18. — Histoire clinique : G... Lucie, 27 ans (sexe féminin). A 18 ans, en 1945, traumatisme occipital grave. Quelques mois après, première crise. Depuis, crises plus ou moins fréquen-

tes, en rapport avec l'irrégularité du traitement (barbituriques). Les crises sont de plusieurs types : crises déviationnelles, avec cri initial, phase tonique, avec déviation du corps et des yeux du côté gauche, puis phase clonique ; fausses absences temporales, hébétude durant quelques secondes ; crises psychomotrices plus évidentes : geste de la main à l'estomac, mâchonnement, salivation, avec trouble de la conscience.

Electroencéphalogramme : foyer temporal postérieur gauche. L'activation déclenche une crise psychomotrice typique, tant du point de vue électrographique que clinique.

Curriculum vitæ et comportement sexuel : rien de pathologique avant son accident. Mariée à un musicien qui travaille pour elle jour et nuit, l'entoure d'affection et de soins, elle n'a aucun sentiment pour lui et ne s'intéresse pas à son fils. Elle boit, fume et se prostitue pour de l'argent. Le mari se rend compte de la situation, il en résulte une explication orageuse, à la suite de laquelle elle tente de se suicider. Elle explique son geste : « Son mari l'a poussée au suicide, c'est un assassin. » Il semble en réalité qu'il y ait eu simplement simulation, le coma n'ayant pas suivi l'absorption des 4 gr. de gardénal qu'elle prétend avoir absorbé. Après cet épisode, elle est reprise par son mari. Mais rapidement elle abandonne son foyer pour se livrer à une débauche épouvantable. Avec l'argent qu'elle a emporté elle paye des garçons, ne dessaoule pas pendant une semaine, cherche à se procurer des stupéfiants. Depuis cet épisode, elle vit séparée de sa famille, se livre à la prostitution avec des hommes âgés, pour se procurer de l'argent et de l'alcool. En réalité, aucun appétit sexuel : les hommes ne l'intéressent pas. Elle n'éprouve aucune satisfaction dans l'accomplissement de l'acte sexuel. La prostitution est un moyen de se procurer de l'argent pour vivre et boire. Le partenaire, qu'il soit jeune ou vieux, beau ou laid, ne l'intéresse jamais, ne lui procure aucun plaisir.

Cette observation mérite d'être discutée au même titre que la précédente, car elle montre également une association paradoxale : celle de la prostitution et de la perversion avec la frigidité. Mais, cette fois encore, le paradoxe n'est qu'apparent, car si la frigidité sexuelle est certaine, la perversion n'est pas proprement sexuelle, et intéresse l'ensemble du comportement. La malade est foncièrement perversie ; si elle simule le suicide, c'est parce qu'elle croit rendre son mari responsable devant la justice ; si elle se prostitue, c'est uniquement pour se procurer de l'argent et, par ce moyen, de l'alcool et des stupéfiants. Sa frigidité la laisse d'ailleurs indifférente au partenaire, l'aspect lucratif intervient seul dans le choix.

B. — RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Des observations précédentes se dégage un fait assez remarquable : une diminution globale de l'intérêt, de l'appétit et de l'activité sexuelle chez des malades atteints d'épilepsie « psychomotrice ». Avant que de tirer des conclusions valables de ces observations, il convenait cependant de vérifier ce fait sur un nombre important de malades non choisis.

Une telle enquête, que nous avons conduite à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence, grâce à l'obligeance du docteur Régis, comporte *a priori* quelques difficultés.

1° Il est difficile d'apprécier les différents éléments d'un comportement sexuel anormal par rapport à un comportement dit normal. En matière d'impuissance masculine, par exemple, S. L. Simpson a pu écrire : « Potency or implied male sexual potency, may be defined as the ability to initiate, sustain and successfully conclude the act of sexual intercourse to the satisfaction of the male. If we include the words and « the female » some 50 % of potent males might be classified as impotent. » En ce qui concerne la frigidité chez la femme, l'appréciation se heurte à des difficultés encore plus grandes. Trop de facteurs (partenaire, éducation sexuelle, inhibitions d'ordre matériel, moral ou religieux) peuvent fausser des conclusions apparemment évidentes. Le type normal d'activité sexuelle est également difficile à définir si l'on en juge d'après les statistiques du rapport Kinsey.

2° Le trouble du comportement défini, il faut éliminer toute cause étrangère à l'épilepsie psychomotrice ou aux lésions cérébrales qui la provoquent. Les causes physiques sont en général faciles à éliminer, mais les facteurs d'inhibition qui paralysent l'activité détournent l'intérêt, freinent l'appétit en matière de sexualité, ne sont pas toujours évidents sans le secours d'une analyse en profondeur (une relation possible avec l'épilepsie psychomotrice doit par ailleurs être envisagée). Les aberrations du développement de la libido (arrêt ou régression vers des modes d'expression infantile) ne sont pas toujours faciles à rapporter à des causes précises.

3° Le comportement sexuel dans sa totalité est souvent difficile à appréhender en dehors de ses manifestations médico-légales bruyantes. La spontanéité et la vérité ne sont pas les qualités obligatoires du malade en ce qui concerne cette partie de son activité qu'il considère comme intime, glorieuse ou honteuse. Il

faut de toute évidence contrôler les résultats de l'interview par les renseignements fournis par la famille ou le personnel infirmier.

4° La plupart des malades de cette enquête sont internés dans les hôpitaux psychiatriques depuis des années, or, la vie asilaire apporte quelques perturbations dans l'activité sexuelle. Il s'agit d'un milieu « homosexuel » où il faut tenir compte des longues abstinences qui modifient l'appétit et des déviations obligatoires encouragées par un prosélytisme actif.

Ces réserves faites, il est cependant possible, compte tenu des troubles caractériels ou des épisodes confusionnels qui ont en général motivé l'internement, d'apprécier avec quelque exactitude le comportement sexuel de ces malades. Pour chacun d'eux, il a été étudié l'appétit sexuel (intérêt porté aux expériences sexuelles et désir de ces expériences), le type d'activité sexuelle, les fantasmes et les rêves érotiques, les sensations éprouvées lors de l'acte sexuel, les inhibitions d'ordre personnel (anxiété, culpabilité, pudeur, timidité) et d'ordre éthique, religieux ou social.

Nous avons ainsi examiné systématiquement 36 malades atteints d'épilepsie psychomotrice avec foyer électroencéphalographique sur la région temporale du scalp, et avons pu constater que 26 d'entre eux (soit plus des 2/3) présentaient une activité sexuelle nulle ou réduite. Tous les autres présentaient une activité sexuelle normale, sauf un cas où il y avait perversion sexuelle. Aucun ne présentait des signes d'hypersexualité permanente.

Nos observations concernent des sujets des deux sexes, d'âge différent, dont le comportement sexuel peut se distinguer de la façon suivante.

Absence de toute activité sexuelle chez des malades présentant des crises depuis l'enfance	8 cas
Diminution considérable de l'activité sexuelle chez des malades présentant des crises depuis l'enfance	12 cas
Diminution ou abolition d'une activité sexuelle, préalablement normale, chez des sujets devenus épileptiques après la puberté	6 cas
Anomalies qualitatives du comportement sexuel	1 cas
Activité sexuelle pouvant être considérée comme normale	9 cas

1° Le premier groupe intéresse 5 hommes et 3 femmes qui ont tous présenté des crises depuis l'enfance ou depuis la puberté.

Dans aucun cas, l'internement, périodique ou tardif, ne peut être considéré comme un facteur ayant modifié l'activité sexuelle d'une façon déterminante. Chez tous ces malades, on constate un désintérêt total pour les questions sexuelles et une absence d'activité sexuelle sous quelque forme que ce soit. Chez les hommes, quelques érections rares et courtes ont été les seules manifestations d'une vie sexuelle dépourvue par ailleurs d'éléments fantasmiques. A titre d'exemple, résumons deux observations.

OBSERVATION 19. — Histoire clinique : Del... Marius, 47 ans (sexe masculin). Interné depuis l'âge de 13 ans (sorties fréquentes). Traumatisme crânien, puis apparition de crises vers l'âge de 2 ou 3 ans. Depuis l'enfance, crises généralisées, précédées d'illusions visuelles (les objets, le paysage, les personnes, sont animés de tremblement), ou de sensation vertigineuse giratoire, ou de sensations anormales dans tout le corps. Les crises surviennent par bouffées (actuellement elles ont pratiquement disparu depuis un an). Dans l'intervalle des crises, accès de somnambulisme.

Electroencéphalogramme : foyer temporal droit.

Thérapeutique : actuellement, sédantoinal, aparoaxal.

Aperçu psychologique : troubles caractériels peu accentués, essentiellement à type d'impulsivité. Affectueux, consciencieux, très dévoué, minutieux dans ses actes. Regrette ses réactions coléreuses et s'en excuse.

Comportement sexuel : entretien facile, répond à toutes les questions et même les prévient : « Je n'ai jamais su ce que c'était que monter sur une femme, ça ne m'a jamais rien dit et j'en suis fier. Quand je sortais en permission, les amis voulaient m'amener. Je me suis bagarré pour ne pas y aller. Je leur disais : "Allez-y si vous voulez, je vous attends." Je n'ai jamais eu le désir de voir des femmes, même pour les regarder. Souvent dans la rue il y en avait de belles. Ça ne me disait rien. Une seule fois une femme m'a fait du coude, je lui ai dit : "Allez plus loin, mon portefeuille est vide", ça a été ma seule rencontre. J'ai fait des vœux sur la tombe de mes parents : "Tant que je n'aurais pas la certitude formelle d'être guéri, jamais je ne m'intéresserai aux femmes." D'ailleurs les médecins m'ont dit de ne pas le faire si je pouvais m'en passer. » Absence d'activité auto- ou homosexuelle (ne s'est jamais masturbé pendant son bref séjour hospitalier). Fantômes pauvres, a eu une seule fois un rêve érotique : « C'était il y a six mois, j'avais vu des femmes au cinéma. » Pas d'érection, deux ou trois fois par an pollution nocturne, sans rêve précis. Il désigne sa verge : « Elle est toujours en bas, jamais en haut, si vous la voyiez, on dirait un radis. » En réalité, verge et testicules sont de dimensions normales. Caractères sexuels secondaires normaux. N'aime pas les romans d'amour, il aime les récits d'aventures,

de rapt, de vols, « à condition que les bandits soient punis ». Au cinéma il recherche les mêmes spectacles violents, « mais où le coupable est toujours puni ». Il était très croyant autrefois, mais il a perdu confiance en Dieu. Il y a trop de misères dans le monde. « Si Dieu existait, il ne permettrait pas cela. » Pas de facteurs d'inhibition d'ordre personnel. Le seul frein « imaginé » est la maladie. « Les autres se masturbent tous, c'est pour cela qu'ils meurent jeunes. »

OBSERVATION 20. — Gu... Simone, 46 ans, internée depuis 1947 (sexe féminin). Typhoïde à 12 ans, avec coma de plusieurs jours. Crises convulsives nocturnes de type grand mal, constatées par la mère à partir de 25 ans. Mais, depuis la puberté, à la période menstruelle, hallucinations visuelles complexes (« des bêtes devant les yeux, trois ou quatre petites bêtes, des claires et des foncées »). Actuellement, une crise tous les trois ou quatre mois. Accès confusionnels post-critiques, avec onirisme terrifiant. Troubles importants de l'humeur et du caractère. Réactions coléreuses violentes, agressivité, revendication. Niveau intellectuel bon.

Electroencéphalogramme : foyer temporal droit.

Comportement sexuel : pas de rapports hétérosexuels. Sa seule aventure : « Un Américain l'invite à dîner le soir dans la rue, elle refuse et l'homme la félicite. » Pas d'activité sexuelle homo ou auto. A parfois embrassé des hommes pour leur faire plaisir. N'éprouvait aucune émotion. Pas de fantasmes sexuels ; pas de rêves érotiques. Est au courant des pratiques auto- et homosexuelles de l'hôpital : « Ça ne l'intéresse pas, elle n'aime pas ça. » Absence de facteurs d'inhibition. Réglée à l'âge de 12 ans, depuis, règles régulières ; pas de troubles endocriniens cliniques.

2° Le deuxième groupe comprend 6 hommes et 6 femmes, porteurs d'un foyer électroencéphalographique temporal, qui ont également présenté depuis l'enfance ou la puberté des crises psychomotrices. Ces malades, dont dix ont dû être internés dans des conditions identiques à celles du groupe précédent, ont eu au cours de leur existence quelques rares expériences sexuelles, souvent non désirées. Un désintérêt pour toutes les questions sexuelles caractérise également ces malades. A titre d'exemple, voici deux observations, dont l'une est particulièrement intéressante, car elle concerne une femme qui, au cours d'états confusionnels postcritiques, manifestait une excitation sexuelle avec gestes obscènes et propos orduriers, alors qu'entre les crises elle était parfaitement apragmatique et désintéressée.

OBSERVATION 21. — Histoire clinique : Mich... Mathilde, 70 ans, internée à l'âge de 47 ans (sexe féminin). Apparition avec la puberté

de crises convulsives généralisées, surtout nocturnes (une par mois environ). Début par sensation de striction épigastrique, ou par phénomènes vertigineux. Parfois la crise convulsive ne suit pas les phénomènes mnésiques et conscients. Encéphalite (à l'âge de 6 ans) consécutive à une fièvre éruptive, compliquée d'hémiplégie et de convulsions. Actuellement, séquelle d'hémiplégie spasmodique droite. A été internée pour état confusionnel, avec excitation sexuelle, gestes obscènes et langage ordurier. Ne garde aucun souvenir de ses actes et de ses gestes, accomplis lors des épisodes confusionnels. Agressivité, irritabilité, viscosité importante, débilité marquée.

Electroencéphalogramme : foyer de la région temporale gauche.

Comportement sexuel : en opposition avec l'excitation sexuelle et les gestes obscènes des phases confusionnelles post-critiques, elle manifeste un désintérêt quasi-total pour tout ce qui touche à la sexualité. N'a jamais été attirée par les hommes. A cependant été fiancée, à l'âge de 30 ans, avec un cousin qui « était gentil ». Elle lui laissait faire ce qu'il voulait ; ça ne l'intéressait pas. Elle a été enceinte : « Il lui en reste un souvenir, un fils de 40 ans. » Elle ne tenait pas beaucoup à ce cousin, mais elle ne voulait pas le contrarier. A eu d'assez rares rapports avec lui. N'a pas connu d'autres hommes. Pas de masturbation, pas de fantasmes sexuels, pas de rêves érotiques.

OBSERVATION 22. — Histoire clinique : Pin... Henri, 30 ans (sexe masculin). Interné depuis 1950 à différentes reprises. Sinusite maxillaire bilatérale opérée en 1948. Crises de type grand mal depuis l'âge de 16 ans ; fréquence : trois à quatre par mois. Début par sifflement dans l'oreille droite. Hallucinations auditives post-critiques (entend, alors qu'il se trouve à terre, la voix de son père qui lui « crie des sottises » : « Je t'avais bien dit de ne pas descendre dans ce bar..., c'est tous des voyous. »). Accès d'agitation, troubles caractériels très marqués (irritabilité, agressivité), débilité intellectuelle, moyenne. Prend irrégulièrement du gardénal depuis 1939.

Electroencéphalogramme : anomalies bilatérales dans les régions temporales.

Comportement sexuel : célibataire ; rares expériences dans des maisons de tolérance, pendant la guerre (trois à quatre fois, au total). Paraît assez satisfait des résultats. Depuis la fermeture des maisons de tolérance, n'a fréquenté aucune femme. A peur des maladies, « avant, les maisons étaient contrôlées ». Pas de masturbation. Aucune tendance homosexuelle (est au courant des pratiques auto- et homosexuelles de l'hôpital, « trouve ça drôle »). A demandé à quitter un hôpital où il était poursuivi par les assiduités d'autres malades. Absence de rêves érotiques : fantasmes inexistantes. Une lobectomie temporale bilatérale, en 1953, n'a pas modifié le comportement sexuel.

3° Dans le troisième groupe, il s'agit de 6 hommes dont les crises sont apparues tardivement. Une diminution de l'activité

sexuelle, quel que soit son type, s'est manifestée parallèlement aux crises. A titre d'exemple :

OBSERVATION 23. — Histoire clinique : Bel... André, 34 ans, interné à l'âge de 27 ans (sexe masculin). Crises depuis l'âge de 23 ans (octobre 1943) : crises avec perte de connaissance précédée d'hallucinations auditives et visuelles. Phénomènes hallucinatoires auditifs et visuels indépendants des crises. Modifications caractérielles, débilité mentale, bouffées délirantes.

Electroencéphalogramme : foyer temporal droit.

Comportement sexuel : avant les crises, activité autosexuelle seulement. Masturbation : une fois par jour, avec fantasme hétérosexuel. Depuis les crises se désintéresse des questions sexuelles ; pas de fantasmes, pas d'intérêt pour les femmes, les « lectures excitantes » le laissent froid, s'est masturbé une seule fois depuis son internement, avril 1947.

OBSERVATION 24. — Isnar... Fortuné (sexe masculin), 56 ans. Convulsions dans l'enfance. Enseveli en 1946 sur le front italien. Premières crises à l'âge de 27 ans. Crises psychomotrices à type de fausse absence temporale (joue aux cartes, s'arrête, laisse tomber les cartes, puis reprend conscience ; un jour, a fait une chute d'un mur). Episode confusionnel post-paroxystique. Fugues. Modification paroxystique de la conscience, avec sentiment d'étrangeté, durant quelques secondes.

Electroencéphalogramme : foyer temporal bilatéral.

Comportement sexuel : développement sexuel normal. Mariage à 22 ans, deux enfants. Pendant sa vie conjugale, avant ses crises, rapports sexuels fréquents, trois à quatre fois par semaine. Quelques années après l'apparition des phénomènes comitiaux, les rapports deviennent très rares, sa femme l'abandonne. Depuis, n'a plus connu d'autres femmes. Masturbation très rare, érection spontanée absente. Totalement désintéressé : « Il a la paix. »

4° Nous avons exclu des anomalies qualitatives, c'est-à-dire des perversions sexuelles, tous les cas d'activité auto-érotique, exclusive ou accompagnée d'expériences hétérosexuelles ; la plupart de nos malades étant internés, on ne peut en effet considérer la masturbation comme une activité anormale. Il reste un cas d'homosexualité chez une femme prostituée et héroïnomane dont l'appétit sexuel n'en est pas moins relativement faible.

OBSERVATION 25. — Histoire clinique : Bes... Carmen, 30 ans (sexe féminin). Crises depuis l'enfance (3 ou 4 ans), débutant de différentes façons : polypnée (respiration rapide et saccadée) ; dysesthésie généralisée à tout le corps ; impression que son ventre gonfle (depuis

quelque temps l'abdomen se distend réellement). Ensuite, perte de connaissance avec chute. A terre elle « grince des dents » et bave. Soif intense quand elle reprend connaissance. Fréquence : les crises surviennent par série de deux ou trois, suivies de période calme pouvant durer plusieurs mois. Traitement irrégulier. Héroïnomanie depuis l'âge de 21 ans.

Electroencéphalogramme : foyer temporel gauche.

Comportement sexuel et *curriculum vitæ* : abandonnée par ses parents à la naissance, recueillie par une dame qui meurt lorsqu'elle a 12 ans. Prise en charge par l'assistance publique jusqu'à 20 ans. A 20 ans, première expérience sexuelle avec un inspecteur de police qui lui promet le mariage. Les rapports sont douloureux et impossibles, à cause d'un hymen membraneux très fermé. Elle doit subir une première intervention. L'inspecteur de police la place dans une maison. Elle refuse de travailler, elle « n'aime pas ça ». Elle réussit à en sortir grâce à la protection d'un officier allemand. Entre temps, elle s'était aperçue de sa profonde aversion pour les hommes et de vagues tendances homosexuelles. Réfugiée dans le lit d'une camarade, parce qu'il faisait froid, elle apprécie ses caresses sans les rechercher. Depuis vit de la prostitution, mais une prostitution particulière. Elle « fait » les hommes qui recherchent ses dispositions anatomiques particulières (rétrécissement du vagin, vaginisme), les femmes et les séances collectives souvent compliquées d'appareils sado-masochistes ou des instruments symboliques habituels. Cette clientèle lui rapporte énormément, « ça paye bien ». Elle peut ainsi se payer les 4 à 5.000 fr. d'héroïne qu'elle consomme journellement. Cette partie de son activité sexuelle représente le travail. Elle n'en tire aucun bénéfice émotif si ce n'est, de temps en temps, quelque frayeur épouvantable au cours de séances collectives sado-masochistes. L'expression de sa propre pulsion sexuelle est une homosexualité avec partenaire d'un type masculin très accusé. Elle n'a eu qu'une amie (liaison qui a duré neuf ans), avec qui elle a eu des rapports intéressants, allant jusqu'à l'orgasme, et comportant toute une superstructure affective, comparable aux liaisons passionnelles hétérosexuelles. Les autres femmes la laissent indifférente. Quand elle n'a pas vu son amie depuis quelques mois (quatre à six mois), elle éprouve à la fois un besoin « physique et affectif de sa présence », « c'est son homme ». Cette amie a été arrêtée récemment pour traite de blanches. Rêves érotiques avec fantasmes homosexuels, et rêves professionnels avec partenaires indifférents. Absence de troubles caractériels, hors ses perversions. Réglée assez tardivement (18 ans), n'a plus ses règles depuis qu'elle se drogue. A eu un enfant, né après sept mois de grossesse, et qui est mort à 15 mois. Est actuellement enceinte de quatre mois. Est très heureuse de l'événement, car elle adore les enfants. Veut se désintoxiquer et se faire rectifier le nez (dévié par l'habitude des prises) pour plaire à son enfant.

5° Il reste 9 cas sur 36, soit 25 %, pour lesquels l'activité sexuelle peut être considérée comme normale, compte tenu des conditions particulières d'observations. Deux de ces cas sont résumés à titre d'exemple.

OBSERVATION 26. — Histoire clinique : Cas... Aimé, 20 ans (sexe masculin), interné à l'âge de 16 ans. Convulsions dans l'enfance. Apparition, à l'âge de 11 ans, de crises convulsives généralisées, débutant par des dysesthésies dentaires : « On dirait que les dents sont plus dures », et une sensation de « tête qui devient lourde ». Interné à la suite d'un accès confuso-maniaque, succédant à un état de mal convulsif (14 crises en vingt-quatre heures). Crise d'agitation. Troubles caractériels (agressivité, irritabilité). Débilité légère.

Electroencéphalogramme : foyer temporal droit.

Comportement sexuel : pas d'expériences hétérosexuelles. Masturbation précoce (à l'âge de 13 ans), trois à quatre fois par jour au début. Actuellement, fréquence moindre, « une fois par semaine, et aboutissement difficile », « ça met plus longtemps ». Fantasmes riches et fréquents ; rêves érotiques. Pense à sa fiancée en se masturbant (n'a pas de fiancée, il s'agit d'une jeune fille qu'il connaît vaguement). Absence de facteurs d'inhibition.

OBSERVATION 27. — Histoire clinique : Meg... Lucien, 47 ans (sexe masculin). Crises depuis l'âge de 10 ans, d'abord très fréquentes, puis espacées à la suite d'un traitement barbiturique. Les manifestations paroxystiques sont de deux types : crises grand-mal et crises psychomotrices typiques. Troubles du comportement importants, avec adhésivité et bradypsychie. Episodes confusionnels fréquents consécutifs à des états de mal épileptiques.

Electroencéphalogramme : foyer temporal gauche.

Comportement sexuel : premiers rapports hétérosexuels à 17 ans (pressé contre une femme dans la foule, il « s'excite » et va dans une maison de tolérance). Par la suite, contacts hétérosexuels réguliers mais peu fréquents (une fois par mois il va dans une maison de tolérance, les rapports sont normaux). A 43 ans il se marie ; pendant trois mois, rapports quotidiens recherchés par lui. Puis il doit être hospitalisé pour une affection rhumatismale et, depuis cette époque, il ne vit pratiquement plus avec sa femme, car il est toujours dans une formation hospitalière. Les rapports sont évidemment rares. Il n'en est pas affecté. Rêves érotiques fréquents avant le mariage. Erections encore très fréquentes. Ne s'est jamais masturbé. S'intéresse aux romans et films sentimentaux. Au total, comportement sexuel normal. La relative abstinence qui a précédé le mariage était le fait de la timidité et de la peur de la maladie.

Troubles sexuels paroxystiques chez les épileptiques en dehors des psychomoteurs

Ces troubles sont tout à fait exceptionnels, car ceux qui correspondent à des automatismes confusionnels, de beaucoup les plus fréquents chez les psychomoteurs, font défaut chez les autres épileptiques. En effet, parmi tous les épileptiques que nous avons examinés, nous n'en avons jamais rencontré un seul présentant des automatismes confusionnels complexes, sexuels ou d'autre nature, consécutifs à une crise partielle de la convexité des hémisphères ou à une crise généralisée *d'emblée*. Ce point de vue est partagé par Penfield et Kristiansen, 1951, d'après qui 90 % des crises automatiques s'observent chez les psychomoteurs.

Dès lors, les troubles sexuels paroxystiques se réduisent chez les épileptiques non psychomoteurs aux deux variétés suivantes.

1) Activités sexuelles réactionnelles à des sensations génitales anormales provoquées par une lésion irritative du lobule paracentral. De tels cas sont tellement rares que nous n'en avons jamais rencontré personnellement et que Penfield et Jasper ont pu écrire en 1954, « no tactile sexual experience has ever been reported ». Une seule observation fait exception à cette règle, c'est celle publiée par Erickson en 1945, concernant une éroto-manie paroxystique provoquée chez une femme par des sensations anormales dans les organes génitaux, elle-même secondaire à une petite tumeur parasagittale irritant le lobule paracentral.

2) Activités sexuelles autonomes secondaires à une lésion irritative diencephalique. De tels cas sont tout aussi exceptionnels que les précédents et nous n'avons trouvé dans la littérature que les deux cas de priapisme épileptique décrits par Penfield et Jasper, 1954, secondaires, le premier à une tumeur de la fosse cérébrale antérieure, le second à un vaste kyste hémisphérique plongeant dans le diencephale. De tels cas rejoignent d'ailleurs l'épilepsie psychomotrice, ou tout au moins les formes de cette dernière qui dépendent d'une lésion diencephalique avec foyer temporal projeté.

Quant aux crises fonctionnelles généralisées *d'emblée*, principalement celles génétiquement transmissibles qui constituent l'épilepsie idiopathique, elles ne s'accompagnent jamais de phénomènes sexuels paroxystiques.

Troubles sexuels permanents chez les épileptiques en dehors des psychomoteurs

Nous ne ferons que signaler les troubles de l'activité sexuelle et les modifications endocriniennes correspondantes qui s'observent exceptionnellement chez les sujets présentant des crises généralisées symptomatiques d'une lésion méso-diencephalique (craniopharyngiome, séquelles de diencephalite, tumeurs, malformations...).

Par contre, nous insisterons sur la règle générale qui veut que les épilepsies partielles secondaires à des lésions superficielles de la convexité hémisphérique et les épilepsies généralisées fonctionnelles qui ne dépendent d'aucune altération cérébrale organique ne s'accompagnent d'aucune modification permanente du comportement sexuel. C'est le cas notamment des épilepsies généralisées, grand mal ou petit mal, transmises de façon génétique et constituant la variété dite idiopathique, dont nous avons rencontré 4 cas au cours de notre enquête dans les hôpitaux psychiatriques (1).

Pour 3 d'entre eux, âgés respectivement de 31, 33 et 45 ans, l'activité hétérosexuelle et autosexuelle était remarquable : rapports quasi-quotidiens, masturbations quotidiennes, fantasmes riches, rêves érotiques fréquents. Pour le 4^e cas, âgé de 25 ans, l'activité sexuelle était plutôt pauvre quoique normale, mais il existait de puissants facteurs d'inhibition : convictions religieuses permanentes, attachement maternel intense, angoisses et sentiment de culpabilité.

DISCUSSION

Les données que nous venons d'exposer peuvent se résumer de la façon suivante.

1° Les épilepsies généralisées fonctionnelles, de type grand mal ou petit mal, qui dépendent d'un trouble du fonctionnement

(1) Il est remarquable que pour une population d'épileptiques internés nous n'ayons observé que quatre épilepsies généralisées fonctionnelles idiopathiques contre 36 cas d'épilepsie organique de type psychomoteur. Encore ces quatre malades étaient-ils internés à cause de leurs crises très fréquentes et non parce qu'ils présentaient des troubles psychiques. Ces données confirment entièrement les observations faites en 1950 par Roger et Dongier. Dans notre consultation externe, les cas d'épilepsie idiopathique sont beaucoup plus nombreux, mais ils ne présentent pas davantage de troubles sexuels permanents.

cérébral acquis ou héréditaire (idiopathique) et non pas d'une altération organique du cerveau, ne présentent jamais dans leur évolution des manifestations sexuelles paroxystiques ou permanentes susceptibles d'être rattachées aux crises épileptiques ou à la prédisposition convulsivante qui les conditionne.

2° Les épilepsies généralisées organiques, symptomatiques d'une lésion mésodiencephalique, peuvent exceptionnellement s'accompagner de manifestations sexuelles : *a*) manifestations paroxystiques, représentées par un priapisme, lorsque la décharge épileptique intéresse les formations végétatives correspondantes du plancher du troisième ventricule ; *b*) manifestations permanentes, représentées par une modification de l'activité sexuelle et des troubles endocriniens correspondants lorsque la lésion intéresse les formations végétatives en question.

3° Les épilepsies partielles organiques, symptomatiques d'une lésion localisée de la convexité des hémisphères, ne présentent jamais de manifestations sexuelles permanentes. Par contre, elles peuvent présenter de façon tout à fait exceptionnelle des manifestations paroxystiques sous la forme d'accès érotomaniaques réactionnels à des sensations génitales anormales provoquées par une lésion irritative des représentations corticales des organes génitaux sur le lobule paracentral.

4° Les épilepsies partielles organiques, symptomatiques d'une lésion diffuse de la base du cerveau (lobe temporo-sphénoïdal, rhinencéphale et diencephale) peuvent s'accompagner de manifestations sexuelles paroxystiques ou permanentes, surtout lorsqu'elles revêtent la forme électro-clinique de l'épilepsie psychomotrice avec foyer électroencéphalographique sur la région temporale du scalp.

a) Les manifestations sexuelles paroxystiques sont rares et peuvent se distinguer en trois variétés suivant leur pathogénie :

les érections paroxystiques (priapisme), inconscientes et amnésiques, qui accompagnent exceptionnellement les crises psychomotrices à prédominance végétative ; elles résultent sans doute d'une décharge débutant dans la région périfalciforme (orbito-insulo-périamygdalo-téletemporale) directement reliée aux formations végétatives de l'hypothalamus ;

les épisodes érotomaniaques, conscients et remémorés, qui accompagnent certaines crises caractérisées par des sensations génitales anormales ; ces activités sexuelles réactionnelles à des

sensations anormales sont également exceptionnelles et résultent sans doute d'une décharge dans la région périfalciforme où existe une représentation centrale des organes génitaux ;

les épisodes d'excitation sexuelle, inconscients et amnésiques, qui peuvent aboutir à l'exhibitionnisme, au viol ou au meurtre, et qui accompagnent ou succèdent à certaines crises psychomotrices. Ces manifestations sont moins rares que les précédentes et correspondent en fait à la libération, au cours d'un état confusionnel critique ou post-critique, d'automatismes complexes répondant eux-mêmes à des conduites condamnées et refoulées parmi lesquelles, ainsi que nous l'avons déjà signalé, toutes les extravagances sexuelles trouvent leur place. Les décharges responsables de ces crises automatiques et inconscientes intéressent habituellement la région périfalciforme et les formations avoisinantes du rhinencéphale (amygdale, gyrus hippocampi et hippocampe proprement dit), qui projettent sur les formations centrales du tronc cérébral où s'effectueraient, d'après Penfield, les phénomènes d'intégration supérieure aboutissant à la prise de conscience (théorie centrencéphalique de la conscience de Penfield).

b) Les manifestations sexuelles permanentes, contrairement à celles paroxystiques, sont très fréquentes chez les épileptiques psychomoteurs où elles revêtent exclusivement l'aspect d'une hyposexualité globale.

L'hyposexualité que nous avons mise en évidence comme trouble sexuel permanent chez les épileptiques psychomoteurs nous semble un phénomène de grande importance si l'on tient compte qu'elle s'observe chez plus des 2/3 de ces malades qui, suivant les différentes statistiques, représentent eux-mêmes la moitié ou les 2/3 de l'ensemble des épileptiques. Ceci revient à dire que près de la moitié des épileptiques présentent une insuffisance sexuelle dont il nous reste à broser le tableau d'ensemble avant d'en fournir une explication.

Les nombreuses observations que nous avons rapportées permettent de décrire l'hyposexualité permanente chez les épileptiques psychomoteurs comme une absence complète ou une diminution de l'activité sexuelle sous toutes ses formes. Cette carence n'est pas le simple fait d'une impuissance ou d'une frigidité, c'est-à-dire d'une impotence dans l'accomplissement de l'acte sexuel normal ou de ses substituts. Elle témoigne au contraire d'un désintérêt profond pour tout ce qui se rapporte aux conduites sexuelles dans l'ordre pragmatique aussi bien qu'émotif ou

intellectuel. Il faut souligner, en effet, l'absence ou la pauvreté de la curiosité, des fantasmes et des rêves érotiques, ainsi d'ailleurs que l'absence de tout facteur d'inhibition, ce qui rend l'interrogatoire facile sur un sujet aussi délicat, entraînant des réponses simples, objectives, dépourvues de toute surcharge émotionnelle. L'absence de la vie sexuelle ou son appauvrissement laisse en général les malades indifférents. S'ils s'inquiètent, c'est toujours pour des raisons très particulières : sentiment de culpabilité envers le conjoint, inquiétude quant aux conséquences sur l'équilibre du mariage ou sur la propre santé du sujet. En définitive, on se trouve en présence d'un véritable affaiblissement pulsionnel, d'une carence de l'instinct sexuel, sans aucune relation avec des malformations génitales ou des troubles endocriniens.

Dès qu'on envisage la physiopathogénie d'une insuffisance sexuelle, la première tendance est d'incriminer à son propos une insuffisance gonadique, surtout lorsqu'il s'agit d'épileptiques et que l'on sait le rôle capital joué par les sécrétions génitales dans le déclenchement des crises et leur régulation. Une telle hypothèse est cependant insoutenable chez nos malades, car tous présentaient un développement normal de leurs organes génitaux et de leurs caractères sexuels secondaires. Bien plus, le cycle œstral était régulièrement développé chez la plupart des femmes et les dosages hormonaux se sont montrés normaux dans les rares cas où nous les avons fait pratiquer.

Comme cause déterminante de l'hyposexualité, il faut également écarter l'action déprimante de la thérapeutique barbiturique et bromurée. Un seul de nos malades avait pris, autrefois, des bromures. Le plus grand nombre était traité par des hydantoïnes et ne recevait pas plus de 0,10 cgr. de gardénal *pro die*. Au surplus, beaucoup d'entre eux n'avaient jamais été traités ou ne l'avaient été qu'après l'installation des troubles sexuels ; dans certains cas même (nous interpréterons ultérieurement ce détail), le traitement barbiturique avait amélioré l'insuffisance sexuelle.

Une autre explication inacceptable est celle qui rapporterait l'hyposexualité à un épuisement cérébral consécutif aux crises. Il n'existe en effet aucune relation entre le nombre ou l'intensité des crises psychomotrices et l'importance des troubles sexuels. Certains de nos malades présentant une crise mineure mensuelle étaient des insuffisants sexuels complets, tandis que d'autres, sexuellement normaux, présentaient une à deux crises majeures par semaine. Il est donc impossible de comparer l'hyposexualité

permanente de nos malades avec les rares périodes d'impuissance et de frigidité qui peuvent succéder pendant quelques heures ou quelques jours à des crises d'épilepsie, ou à des électrochocs.

On est donc réduit à supposer que le trouble permanent du comportement sexuel est lié chez les épileptiques psychomoteurs à la lésion cérébrale qui est elle-même responsable des crises. Ce point de vue est supporté par le fait que si l'on admet l'existence de trois variétés d'épilepsies psychomotrices (Gastaut, 1953) :

l'épilepsie psychomotrice temporale proprement dite, rare sinon exceptionnelle, répondant à une lésion d'une des quatre circonvolutions temporales à l'exclusion de la pointe ;

l'épilepsie psychomotrice hippocampique ou rhinencéphalique, de beaucoup la plus fréquente, répondant à une lésion de la pointe du lobe temporal et du gyrus hippocampi susceptible de s'étendre à l'insula antérieur, aux régions péri-insulaires, à l'amygdale et à l'hippocampe proprement dit ;

l'épilepsie psychomotrice diencephalique, de fréquence intermédiaire, répondant à une lésion plus ou moins diffuse du thalamus, de l'hypothalamus, du sous-thalamus ou du tegmentum, on constate, dans la mesure où les signes cliniques critiques et inter-critiques et les signes électroencéphalographiques permettent de différencier ces trois variétés d'épilepsie, et compte tenu de l'argument de fréquence, que l'hyposexualité accompagne préférentiellement l'épilepsie psychomotrice rhinencéphalique.

L'existence de lésions rhinencéphaliques chez les épileptiques internés (nous avons déjà insisté sur le fait que la plupart d'entre eux appartiennent à la variété psychomotrice) est connue depuis 1825, époque à laquelle Bouchet et Cazauvieilh décrivaient chez les épileptiques de la Salpêtrière une sclérose hémisphérique diffuse prédominant sur la corne d'Ammon. Depuis lors, la sclérose de la corne d'Ammon a fait l'objet de nombreuses études histologiques de la part des neuropathologues allemands (Sommer, 1880 ; Bratz, 1899 ; Spielmeyer, 1927 ; Scholz, 1951). Pérez Velasco, travaillant à l'hôpital de Juqueri, près de Sao-Paulo, a intégré cette lésion bien définie dans le cadre plus important d'une altération systématisée du rhinencéphale qu'il a retrouvée chez la plupart des épileptiques internés. Quant à Sano et Malamud, 1953, ils ont établi des corrélations anatomo-cliniques précises en démontrant que parmi les épileptiques internés, ceux qui présentaient des crises psychomotrices et un foyer électroencéphalographique temporal étaient ceux qui présentaient une

scélérose ammonienne plus ou moins étendue sur le gyrus hippocampi et la pointe du lobe temporal.

Ces données nécropsiques correspondent étroitement aux constatations opératoires faites par Gastaut en 1950 et 1951, et Earle, Baldwin et Penfield en 1953. D'après ces auteurs, en effet, les lésions observées chez les psychomoteurs à travers la brèche de craniotomie temporale intéresseraient principalement « les formations du rhinencéphale basal (hippocampe, uncus, amygdale, espace perforé antérieur, région subcallose), ainsi que celles de la région périfalciforme (cortex orbitaire postérieur, insulaire et télétemporal) » (Gastaut, 1951).

Il ne fait donc plus de doute aujourd'hui que la plupart des épileptiques psychomoteurs, notamment ceux qui vivent dans les asiles, présentent une altération diffuse de la base du cerveau intéressant principalement le rhinencéphale. Il devient donc indispensable de recourir à la physiologie pour savoir si, chez l'animal comme chez l'homme, des lésions du rhinencéphale sont susceptibles de provoquer des modifications paroxystiques ou permanentes du comportement sexuel.

Il a été largement démontré dans notre laboratoire que la stimulation électrique du rhinencéphale basal, ainsi que l'irritation locale résultant de lésions rhinencéphaliques expérimentales, provoquent chez l'animal des phénomènes paroxystiques cliniques et électriques tout à fait comparables à ceux qui constituent les phénomènes critiques de l'épilepsie psychomotrice (Gastaut, Vigouroux, Corriol et Badier, 1951 ; Vigouroux, Gastaut et Badier, 1951 ; Gastaut, Naquet, Vigouroux et Corriol, 1952 ; Gastaut, Naquet et Vigouroux, 1953).

Ces crises psychomotrices expérimentales ne se sont jamais accompagnées de phénomènes sexuels évoquant les épisodes érotomaniaques provoqués chez l'homme par des sensations génitales anormales, mais il est vrai que ces épisodes sont exceptionnellement rares puisque nous n'en avons rencontré qu'un cas sur 3.000 malades, et que nous n'avons encore stimulé qu'une centaine de chats. De même, nous n'avons jamais observé chez le chat le priapisme qui accompagne quelques rares crises psychomotrices humaines, mais il est vrai que nous n'avons jamais cherché à contrôler ce détail.

Par contre, nous avons observé chez quelques-uns de nos animaux des manifestations sexuelles paroxystiques pouvant être rapportées aux troubles sexuels complexes décrits chez l'homme. C'est ainsi que, dans son rapport de 1951 à l'Association des

physiologistes de langue française, Gastaut faisait remarquer qu'à la suite de certaines stimulations amygdaliennes, les chattes présentaient des réactions sexuelles caractéristiques lorsqu'on leur caressait rythmiquement le bas du dos ou la région périnéale. Il s'agissait d'une « élévation du bassin avec déviation latérale de la queue étendue (attitude de réception du mâle) » ou d'un « trépignement caractéristique de la parade sexuelle ».

On peut donc dire que la stimulation rhinencéphalique provoque chez l'animal des manifestations sexuelles paroxystiques extrêmement rares, comparables à celles que l'on observe de façon exceptionnelle au cours des crises psychomotrices humaines.

Contrairement à la stimulation du rhinencéphale, sa résection provoque des effets sexuels durables et importants. C'est ainsi que l'ablation bilatérale du rhinencéphale basal (principalement celle de l'amygdala) fait apparaître chez les primates et chez les carnivores une hypersexualité considérable, permanente, dirigée vers tous les partenaires indépendamment de l'âge, du sexe et de l'espèce (Kluver et Bucy, 1937, 1939 ; Pribram et Bagshaw, 1953 ; Schreiner et Kling, 1953, 1954). Cette hypersexualité déjà très importante chez le singe est encore plus marquée chez le chat et il faut avoir lu les travaux de Schreiner et Kling ou assisté à la projection de leur film pour s'en faire une idée suffisante : le chat privé bilatéralement de son rhinencéphale pratique le coït plusieurs fois de suite avec la femelle de son espèce qui lui est présentée, qu'elle soit en état de réceptivité œstrale ou non. Il ne pratique plus les manœuvres préliminaires propres à l'espèce, léchages ou frôlements, et passe tout de suite à l'acte sexuel qu'il réalise en un minimum de temps. Bien plus, son comportement est identique quel que soit le partenaire et il essaie le coït avec un chaton de deux mois aussi bien qu'avec un chien, un singe ou même un poulet. Son activité sexuelle est telle qu'il ne recule devant aucune difficulté ni aucune douleur pour arriver à ses fins et il maintient sa position même si le chien ou le singe qu'il sollicite le mordent féroce. Ce comportement très particulier est définitif, ne disparaissant que si l'on châtre l'animal (Schreiner et Kling, 1954).

S'il est hypersexuel à la manière de son sexe, le chat opéré l'est également à la façon du sexe opposé. C'est ainsi que mis ensemble deux chats opérés essaient de pratiquer le coït en inversant les rôles : celui qui est dessus finira par être dessous et, à ce moment, se prêtera au jeu en redressant le pelvis, en prenant une attitude en légère scoliose et en déplaçant latérale-

ment sa queue, comme le fait la femelle prête à recevoir le mâle. Il est intéressant de remarquer qu'une fois castré, le chat privé de son rhinencéphale perd son hypersexualité mâle mais conserve son attitude de femelle consentante.

Des observations du même ordre ont été faites chez 5 schizophrènes privés bilatéralement de leur rhinencéphale basal, dans un but thérapeutique. M. Sawa et collaborateurs, 1954, signalent après cette opération une accentuation de la sexualité exprimée par des paroles bien plus que par des actes (« there was no such sexual response as a frequent erection of the penis as was reported in Kluver et Bucy's monkeys, the patients simply enjoyed talks on sexual topics to the nursing women, going no further than taking hands »).

Une observation récemment recueillie par Terzian est encore plus intéressante à ce propos car elle décrit chez l'homme un syndrome très voisin de celui décrit par Kluver et Bucy chez le singe. Nous devons à notre ami de Pise la possibilité de rapporter cette observation avec quelques détails.

Histoire clinique : O... Giovanni, 19 ans (sexe masculin), présente depuis l'enfance des crises actuellement quotidiennes, à type d'automatismes confusionnels, précédés d'hallucinations terrifiantes. Son niveau intellectuel est normal, mais il existe des troubles du caractère à type d'impulsions coléreuses violentes.

Electroencéphalogramme : foyer bilatéral indépendant de pointes temporales antérieures prédominant du côté gauche.

Thérapeutique : devant l'inefficacité du traitement médical, on pratique la résection chirurgicale du lobe temporal gauche, y compris les formations rhinencéphaliques adjacentes : amygdala et hippocampus. Les crises réapparaissent quelques jours seulement après l'opération, on pratique la même résection du côté droit.

Constatations post-opératoires : peu de temps après le second temps opératoire se développe un syndrome que les auteurs comparent à celui décrit par Kluver et Bucy chez le singe. Du point de vue sexuel, qui nous intéresse seul dans ce travail, ils écrivent ce qui suit : « Une quinzaine de jours après l'intervention, l'attention du patient fut attirée par les organes génitaux d'un schéma anatomique appendu au mur d'une salle d'hôpital. A cette occasion, il expliqua avec complaisance qu'il avait eu dans la journée plusieurs érections spontanées, suivies de masturbation et d'éjaculation. Depuis ce moment le malade devint progressivement exhibitionniste et montrait à tous les médecins son organe génital en érection. Il ne manifesta aucune agressivité sexuelle envers les personnes de sexe féminin et présentait à leur propos une indifférence qui contrastait avec son comportement pré-

opératoire. Par contre, il exprimait clairement ses tendances homosexuelles en invitant les médecins du service à "aller au lit avec lui". Actuellement, un an après l'intervention, le patient est enfermé dans un hôpital psychiatrique, où il se masturbe plusieurs fois par jour ; il ne montre toujours aucune agressivité envers les hommes ni les femmes, mais exprime nettement des tendances homosexuelles persistantes ».

Il est possible que les tendances homosexuelles présentées par ce malade ainsi que celles présentées par un de nos patients et surtout par la prostituée de l'observation 25 soient à rapprocher de celles observées par Schreiner et Kling chez le chat privé de son rhinencéphale, en particulier après la castration (rappelons que la malade de l'observation 25 présentait une insuffisance ovarienne et un rétrécissement de son vagin). Toutefois, la plus grande réserve est de mise à ce propos car l'homosexualité pragmatique s'est vraiment montrée exceptionnelle chez nos malades (1).

Si l'on rapproche maintenant les effets provoqués chez le chat, le singe et l'homme par l'ablation bilatérale du rhinencéphale, on voit qu'ils constituent des tableaux hypersexuels tout à fait comparables, à ceci près que leurs éléments dépendent chaque fois des habitudes sexuelles de l'espèce et revêtent un caractère d'autant moins bestial que le sujet discerne mieux l'objet de son choix et présente des coutumes amoureuses plus raffinées.

Il est donc bien démontré qu'une altération permanente du rhinencéphale provoque des troubles durables du comportement sexuel, mais il est aussi démontré que ces troubles sont exactement opposés chez l'animal privé de son rhinencéphale (hypersexualité) et chez l'homme porteur d'une lésion épileptogène (hyposexualité). De tels faits ne constituent cependant pas une contradiction, mais au contraire une correspondance, car l'ablation du rhinencéphale représente un phénomène déficitaire qui s'oppose entièrement au processus irritatif développé autour d'une lésion épileptogène. Si l'un provoque une hypersexualité, il est normal que l'autre détermine une insuffisance sexuelle (2).

(1) La psychanalyse souligne cependant l'habituelle tendance ambivalente des épileptiques en matière de sexualité.

(2) Il est possible qu'une position aussi formelle ne corresponde pas exactement à la complexité des faits. En effet, l'hypersexualité la plus évidente, celle des chats, est déjà d'un type très particulier. Compte tenu de la fréquence des « perversions sexuelles chez les animaux de toutes les espèces (HESNARD : *Traité de sexologie* ; ZUCKERMANN : *La vie sexuelle et sociale des singes*) on peut dire que la conduite des animaux de Schreiner et Kling, si

Si nous pouvons opposer nos psychomoteurs aux animaux privés de leur rhinencéphale, il nous faudrait par contre les comparer à ceux qui sont porteurs d'une lésion irritative chronique de cette partie du cerveau. Une telle comparaison pourrait être faite à l'aide des chats qui, dans notre laboratoire, subissent des inclusions rhinencéphaliques d'hydroxide d'alumine et sont ensuite conservés jusqu'à l'apparition des crises psychomotrices. Elle n'apporte toutefois aucune donnée valable car 1° nous n'avons jamais apprécié le comportement sexuel de nos chats épileptiques, les gardant enfermés dans des cages individuelles jusqu'à leur sacrifice, 2° ce sacrifice est toujours survenu après l'apparition des crises, c'est-à-dire 4 à 6 mois après l'inclusion, délai probablement trop court pour permettre l'apparition des troubles sexuels. Cette dernière remarque est d'autant plus valable que chez l'homme psychomoteur l'insuffisance sexuelle n'apparaît pas immédiatement à la suite de la première crise, mais plus ou moins longtemps après elle. Si l'on tient compte du fait que les crises apparaissent elles-mêmes plus ou moins longtemps après la lésion qui les provoque, on voit que l'insuffisance sexuelle est un phénomène tardif survenant deux ou quatre ans après le début de l'altération rhinencéphalique.

L'insuffisance sexuelle peut d'ailleurs survenir indépendamment des crises psychomotrices, car ces deux phénomènes qui dépendent d'une même lésion causale sont entièrement indépendants l'un de l'autre. Nous avons déjà fourni une preuve clinique relative de cette vérité physiologique en démontrant que l'hyposexualité pouvait être très développée chez les sujets présentant des crises rares. La preuve clinique absolue est représentée par les cas assez fréquents où l'hyposexualité s'observe, en dehors de toute crise épileptique, chez des sujets porteurs de lésions rhinencéphaliques exprimées par un foyer électroencéphalographique de pointes sur la région temporale du scalp. Nous rapporterons trois observations à ce propos.

OBSERVATION 28. — Histoire clinique : Tr... Jean, 21 ans (sex masculin). Perd connaissance pendant trois jours à la suite d'un violent

elle est très active, ne s'en écarte pas moins du but assigné par l'instinct. Quant aux malades de M. Sawa et de Terzian, bien plus qu'une simple hypersexualité, ils montrent une régression de la libido vers des formes infantiles. Il est donc possible que, du point de vue psychologique, on ne puisse opposer aussi facilement qu'il apparaît de prime abord une hyposexualité due à l'excitation des structures rhinencéphaliques et un phénomène inverse qui accompagnerait leur ablation.

traumatisme crânien. Les mois suivants se développent les manifestations d'un syndrome subjectif des traumatisés crâniens pour l'estimation duquel on fait pratiquer un électroencéphalogramme. Cet examen met en évidence de discrètes anomalies dans la région temporale droite, sous forme d'un rythme θ local associé à quelques pointes lentes sporadiques peu amples. Deux années plus tard, le sujet consulte à nouveau pour une insuffisance sexuelle, progressivement installée depuis quelques mois, et actuellement presque complète. Cette impotence l'inquiète beaucoup plus que les céphalées et les vertiges, car elle est responsable d'une mésentente avec sa femme, qui le croit infidèle. Celle-ci confirme la chose et fournit, comme preuve supplémentaire de son infortune, les modifications survenues depuis quelque temps dans le caractère de son mari ; « il ne peut plus me supporter, tout ce que je dis l'énervé, il entre dans des colères épouvantables... enfin, il ne veut plus de moi au lit ».

Electroencéphalogramme : foyer temporal bilatéral et indépendant de pointes-ondes lentes.

Commentaires : depuis son accident le sujet n'a jamais présenté le moindre accident paroxystique susceptible de faire penser à une épilepsie.

OBSERVATION 29. — Histoire clinique : Sim... Firmin, 28 ans (sexe masculin). Adressé en consultation par un médecin endocrinologue pour psychasthénie constitutionnelle avec impuissance sexuelle relative : les rapports sont possibles, mais le sujet n'éprouve aucun plaisir. Les troubles ont débuté à la puberté, époque à laquelle le sujet fut inquiet de savoir s'il serait capable d'avoir des rapports sexuels ; il en a alors pour démontrer qu'il est parfaitement constitué, mais peu à peu n'éprouve plus le désir d'une telle démonstration, qui devient de plus en plus difficile. Actuellement, la continence est absolue, tout appétit sexuel a complètement disparu.

Examen physique et endocrinologique normal.

Jamais de phénomènes épileptiques, mais foyer temporal gauche très actif découvert à l'électroencéphalogramme.

OBSERVATION 30. — Histoire clinique : Lev... Jean-Roger, 28 ans (sexe masculin). Psychose hallucinatoire chronique, avec hallucinations verbales et délire systématisé de persécution. Pas de détérioration intellectuelle. Les troubles psychiques ont commencé il y a environ un an. Naissance normale, développement psychomoteur normal. Bonne scolarité primaire ; engagé dans l'armée depuis l'âge de 19 ans ; neuf ans de services militaires, caporal-chef.

Electroencéphalogramme : foyer temporal gauche. Discrète dilatation du système ventriculaire gauche ; artériographie carotidienne gauche normale.

Comportement sexuel : masturbation rare à la puberté (auto-érotisme sans fantasme). Depuis l'âge de 14 ans, a cessé complète-

ment. N'a jamais eu de rapports hétérosexuels. Pas d'activité ni de tendance homosexuelle. Ne s'intéresse pas aux questions sexuelles. A accompagné quelquefois ses camarades militaires chez les prostituées mais n'a jamais éprouvé le moindre désir de « consommer ». Absence de rêves érotiques et d'érections. L'idée d'impuissance ne l'a jamais préoccupé. Ne s'intéresse pas aux films ni aux romans passionnels. Absence de troubles endocriniens, caractères sexuels secondaires parfaitement accusés.

Au terme de ce travail, nous pouvons tirer la conclusion que les épileptiques psychomoteurs (ainsi d'ailleurs que certains psychopathes non épileptiques mais porteurs d'un foyer électro-encéphalographique irritatif temporal) présentent dans plus de la moitié des cas une insuffisance sexuelle globale tenant à l'existence d'une lésion irritative du rhinencéphale. Il semble même logique d'admettre que le moment d'apparition de cette hyposexualité et son importance sont en relation avec le moment d'acquisition de la lésion, son importance et l'intensité de l'hyperexcitabilité locale qu'elle entraîne, ce qui expliquerait l'apparition tardive et progressive des troubles sexuels et leurs variations paradoxales sous l'effet de la thérapeutique (les drogues sédatives qui, normalement, diminuent l'activité sexuelle, la font souvent apparaître chez les psychomoteurs impuissants).

Ces notions nouvelles nous semblent présenter un intérêt nosologique et physiopathogénique en facilitant l'interprétation de certains troubles du comportement sexuel et en permettant de comprendre certaines incidences du rhinencéphale en neuropsychiatrie ; elles font justice de l'hypersexualité que l'on reproche souvent à tort aux épileptiques (1).

BIBLIOGRAPHIE

- APFELBERG (B.), SUGAR (C.) et PFEFFER (A. Z.). — A psychiatric study of 250 sex offenders. *Amer. J. of Psych.*, 1944, 100, 762.
- BOUCHET et CAZAUVIELH. — De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Recherches sur la nature et le siège de ces deux maladies. *Archives générales de médecine*, 1825, 9, 510-542.
- BRATZ (E.). — Ammonshornbefunde der epileptischen. *Arch. psychiat.*, 1899, 31, 820-836.

(1) Rappelons que, dans certains pays ou sous certains régimes, on a voulu empêcher le mariage chez les épileptiques et que l'on a même envisagé leur castration, tant à cause du caractère héréditaire de leur maladie que de leur « excitation sexuelle ».

- CHARLIN (A.), MIGNARDOT et VALET. — Epilepsie temporale et exhibitionnisme. *Comptes rendus du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française*, Masson et C^{ie} éditeurs, Paris, 1953, 543-547.
- DELAY (J.), ASSAILLY (A.) et VERDEAUX (G.). — Equivalents psychiques comitiaux à thèmes d'exhibitionnisme. *Annales médico-psychologiques*, 1949, 1, 292-293.
- EARLE (K. M.), BALDWIN (M.) et PENFIELD (W.). — Incisural sclerosis and temporal lobe seizures produced by hippocampal herniation at birth. *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1953, 69, 27-42.
- ERICKSON (T. C.). — Erotomania (Nymphomania) as an expression of cortical epileptiform discharge. *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1945, 53, 226-231.
- FÈRE (C.). — Priapisme épileptique. *La médecine moderne*, 4 février 1899, p. 73.
- GASTAUT (H.). — Etude électro-encéphalographique du lobe temporal. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, 1950, 22, 219-328.
- Corrélations entre le système nerveux végétatif et le système de la vie de relation dans le rhinencéphale. *Journal de physiologie*, 1952, 44, 431-470.
- et GASTAUT (Y.). — Corrélations électro-encéphalographiques et cliniques de 100 cas d'épilepsie dite « psychomotrice » avec foyer sur la région temporale du scalp. *Revue d'oto-neuro-ophtalmologie*, 1954, 23, 257-282.
- NAQUET (R.) et VIGOUROUX (R.). — Un cas d'épilepsie amygdalienne expérimentale chez le chat. *Electro-encéphalogramme, Clinique neuro-physiologique*, 1953, 5, 291-294.
- NAQUET (R.), VIGOUROUX (R.) et CORRIOL (J.). — Provocation de comportements émotionnels divers par stimulation rhinencéphalique chez le chat avec électrodes à demeure. *Revue neurologique*, 1952, 86, 319-327.
- avec la collaboration de NAQUET (R.), VIGOUROUX (R.), ROGER (A.) et BADIER (M.). — Etude électro-encéphalographique chez l'homme et chez l'animal des décharges épileptiques dites « psycho-motrices ». *Revue neurologique*, 1953, 88, 310-354.
- VIGOUROUX (R.), CORRIOL (J.) et BADIER (M.). — Effets de la stimulation électrique, par électrodes à demeure, du complexe amygdalien chez le chat non narcosé. *Journal de physiologie*, 1951, 43, 740-756.
- KLUVER (H.) et BUCY (P. C.). — « Psychic blindness » and other symptoms following bilateral temporal lobectomy in Rhesus monkeys. *Amer. J. Physiol.*, 1937, 119, 352-353.
- An analysis of certain effects of bilateral temporal lobectomy in the Rhesus monkey. *J. Psychol.*, 1938, 5, 33-54.
- Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys. *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1939, 42, 979-1000.
- LEGRAIN. — Note sur un cas d'inversion du sens génital chez un épileptique. *Archives de neurologie*, 1886, 11, 42.
- MARCHAND (L.) et DE AJURIAGUERRA (J.). — *Epilepsies*, Desclée de Brouwer et C^{ie} éditeurs, Paris, 1948, 721 pages.
- OLLIVIER. — *Journal de neuro-psychiatrie belge*, 1931, p. 221.

- PENFIELD (W.) et JASPER (H.). — *Epilepsy and functional anatomy of the human brain*, Little, Brown et C^{ie} éditeurs, Boston, 1954, 896 pages.
- et KRISTIANSEN (K.). — *Epileptic seizure patterns*, Charles C. Thomas éd., Springfield, 1951, 104 pages.
- PEREZ VELASCO (O.). — Contribuição anátomo-clínica às atuais concepções sobre a epilepsia. *Arq. Neuro-Psiquiat.*, São-Paulo, 1950, 8, 301-334.
- PRIEBRAM (K. H.) et BAGSHAW (M.). — Further analysis of the temporal lobe syndrome utilizing fronto-temporal ablations. *J. Comp. Neur.*, 1953, 99, 347-375.
- ROGER (A.) et DONGIER (M.). — Corrélations électro-cliniques chez 50 épileptiques internés. *Revue neurologique*, 1950, 83, 593-596.
- SANO (K.) et MALAMUD (N.). — Clinical significance of sclerosis of the cornu ammonis. *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1953, 70, 40-53.
- SAWA (M.), UEKI (Y.), ARITA (M.) et HARADA (T.). — Preliminary report on the amygdaloidectomy on the psychotic patients, with interpretation of oral-emotional manifestation in schizophrenics. *Folia Psychiat. et Neurol. Japonica*, 1954, 4, 309-329.
- SCHOLZ (W.). — *Die krampfschädigungen des gehirns*, Springer-Verlag, Berlin, 1951, 116 p.
- SCHREINER (L.) et KLING (A.). — Behavioral changes following rhinencephalic injury in Cat. *J. Neurophysiol.*, 1953, 16, 643-659.
- — Effects of castration on hypersexual behavior induced by rhinencephalic injury in Cat. *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 1954, 72, 180-186.
- SIMPSON (S.-L.). — Impotence. *British Medical Journal*, mars 1950, p. 692.
- SOMMER (W.). — Erkrankung des Ammonshorns als aetiologisches moment der epilepsie. *Arch. Psychiat.*, 1880, 10, 631-675.
- SPIELMEYER (W.). — Die pathogenese des epileptischen krampfes. *Ztschr. Neurol. u. Psychiat.*, 1927, 109, 501-520.
- TERZIAN (H.) et DALLE ORE (G.). — *Su di un caso di ablazione bilaterale dei lobi temporali* (en cours de publication).
- VIGOUROUX (R.), GASTAUT (H.) et BADIÉ (M.). — Provocation des principales manifestations cliniques de l'épilepsie dite temporale, par stimulation des structures rhinencéphaliques chez le chat non anesthésié. *Revue neurologique*, 1951, 85, 505-508.
-

ANOREXIES MENTALES MASCULINES

PAR

J. ALLIEZ, J.-L. CODACCIONI et J. GOMILA (1)

Le style psycho-pathologique de l'anorexie mentale des jeunes gens s'inscrit presque exclusivement dans les perspectives de l'évolution pubérale féminine. Que l'on considère dans cette endocrino-névrose juvénile (J. Delay) (2) sa pathogénie diencéphalo-hypophysaire dont l'aménorrhée est l'expression la plus remarquable, ou ses causes conflictuelles à motivation sexuelle primordiale, son étude montre surtout une affectivité féminine qui se cherche ou se refuse au milieu des graves perturbations instinctives que traduit un comportement névrotique original.

Il est exceptionnel, en effet, de rencontrer l'anorexie mentale chez des garçons adolescents et P. Abély (3) s'étonnait récemment encore de cette particularité. Nous venons d'avoir l'occasion d'observer à quelques mois de distance deux cas d'anorexie mentale évoluant chez des adolescents de sexe masculin, dont les aspects cliniques sont caractéristiques et où, dans l'un d'eux, une observation assez prolongée a permis des constatations biologiques que nous croyons intéressantes. Après la description de ces observations, nous tâcherons de préciser si, d'après les très rares cas analogues mais négligés publiés dans la littérature au milieu de nombreuses observations féminines, des traits communs peuvent être retrouvés à cette forme particulière de l'anorexie mentale.

OBSERVATION 1 (n° 22.725). — Le jeune Gérard P..., 16 ans, est adressé, le 8 juin 1953, dans le service, pour anorexie mentale et attitudes d'hostilité en milieu familial. Depuis trois semaines, il avait

(1) Travail de la Clinique des maladies nerveuses, Faculté de médecine de Marseille (directeur : professeur Y. POURSINES).

(2) Etudes de psychologie médicale, Paris, 1953.

(3) *Société médico-psychologique*, 28 juin 1954.

déclaré qu'il allait *faire le régime*, et s'est mis à restreindre son alimentation progressivement. Depuis deux semaines il ne mange pratiquement rien : deux galettes, une bouteille de coca-cola et un peu d'eau de Vals. Il est arrivé ainsi à maigrir de 10 kilos, passant de 69 à 59 kilos pour une taille de 1 m. 70. En même temps il se néglige corporellement : il reste plusieurs jours sans se laver ni se coiffer et recherche les vêtements excentriques. Fils unique, il vit seul avec sa mère et sa grand'mère. Depuis l'âge de 13 ans, il a cessé d'être gentil et affectueux et se montre au contraire exigeant et agressif. Ces troubles du comportement ont subi une exacerbation depuis le début de l'anorexie : il en veut à sa mère, il lui parle mal et lui a même donné des coups. Ces troubles ne se manifestent qu'en milieu familial et Gérard se comporte très bien avec les étrangers. D'ailleurs ses sentiments vis-à-vis de sa mère sont ambivalents et il déclare ne pas pouvoir se passer d'elle. Il ne peut aller chez le coiffeur ou au cinéma sans elle. Subjectivement, il se sent très bien et ne se plaint de rien. Il est allé à l'école jusqu'à la veille de son hospitalisation ; il y est un élève brillant, il compte fermement obtenir le brevet élémentaire en fin d'année scolaire, et au cours d'un examen « blanc » il a totalisé 125 points sur 160.

Il ne présente aucun antécédent pathologique notable, tant personnel que familial.

Physiquement, c'est un sujet vigoureux, musclé, d'allure masculine malgré l'aspect juvénile de ses traits. La puberté est terminée. Les examens somatiques et neurologiques sont normaux ; on note seulement une mydriase pupillaire bilatérale, avec réflexes iriens normaux, et une saburralité légère des voies digestives supérieures.

Gérard réagit bien à l'hospitalisation. Dans le service il est discipliné et s'alimente facilement. Le contact est relativement aisé, il ne manifeste aucune hostilité vis-à-vis des médecins.

Il reconnaît facilement que son attitude lors des trois semaines qui ont précédé l'hospitalisation était « anormale » : il « ne mangeait plus que par contrariété ». Ses camarades de classe se seraient moqué de lui parce qu'il était trop gros. De même, une petite amie lui aurait dit : « Toi, tu es trop gros ; quand tu seras plus maigre, je te prendrai », lui préférant actuellement un de ses camarades. C'est à la suite de ces remarques que Gérard a commencé à faire son régime, mesurant à plusieurs reprises son tour de taille dans la journée pour voir s'il avait maigri.

Mais un élément conflictuel sous-jacent paraît très important dans la genèse de ses troubles, révélé au cours de l'interrogatoire clinique et confirmé par une narco-analyse. Depuis cinq ans le père a disparu à la suite d'un coup de bourse malheureux, avec de l'argent qu'il avait « emprunté ». Gérard dit que son père n'est pas un voleur, qu'il reviendra ; il ne tolère pas qu'on en dise du mal et ne peut souffrir l'idée que sa mère puisse un jour « refaire sa vie, se remarier »,

comme on le lui a conseillé. Il a dit un jour à sa cousine : « Je ne pourrai plus me marier, me faire une vie après ce qu'a fait mon père. »

L'évolution a été rapidement favorable en milieu hospitalier. Il critique très vite son attitude des semaines précédentes, revient et se tient à une alimentation normale, accuse une hausse dans la courbe de poids.

Devant cette amélioration rapide, sur sa demande et sur les instances familiales, on l'autorise à sortir. La trop courte durée de l'hospitalisation (une semaine) n'a pas permis de pratiquer une exploration endocrinienne ni biologique.

OBSERVATION 2 (n° 24.140). — Le jeune Lucien B..., âgé de 15 ans et demi, est conduit par sa mère, le 8 mars 1954, à la consultation de psychiatrie de l'un de nous parce qu'il ne mange pas depuis un certain temps et qu'il a déjà considérablement maigri.

Il est apprenti-chaudronnier depuis un an, aux chantiers navals de La Ciotat.

Père et mère sont en bonne santé, il n'y a pas de consanguinité.

Histoire de la maladie. — La baisse de l'appétit remonte à environ un an, pour devenir grave et alarmante depuis six mois. Lucien a commencé par ne plus manger de pain, puis a étendu ses restrictions aux autres aliments, à la viande en particulier ; il est parvenu à ne presque plus rien manger à partir de l'été 1953.

Chez lui, on pense d'abord qu'il se prive de nourriture pour maigrir. Lucien est en effet très préoccupé par sa plastique corporelle. Il fait du sport, de la natation et de l'athlétisme ; en particulier, il est en rapport avec un institut de culture physique de Nice qui lui procure des revues illustrées, à la faveur de quoi sa chambre est décorée de photos d'athlètes célèbres, dont les noms lui sont familiers. On peut le surprendre devant la glace faisant des effets de muscles. Sa mère lui fait remarquer à quel point il serait ridicule de se priver de nourriture pour de tels motifs et, comme elle présente un certain embonpoint, Lucien répond : « Tu ne voudrais pas que je devienne comme toi. »

Pendant l'été, Lucien se baigne beaucoup et l'on invoque encore ces bains prolongés, l'air marin, pour expliquer la baisse de son appétit. Mais l'été passe et Lucien persiste dans ses privations. Il en arrive à ne plus manger. Lorsque la famille se met à table, il paraît rassasié d'avance ; il regarde les autres manger en mâchant sans fin une bouchée de viande, et ne touche absolument pas au pain. On le prie de manger : il proteste de son manque d'appétit. Il fait véritablement des efforts, mais sans résultats. Chaque jour sa mère lui prépare une cuisine spéciale, cherchant à prévenir des désirs éventuels ; en vain, il ne désire rien. Elle laisse traîner des friandises sur les tables dans l'espoir qu'il les grappillera en dehors des repas, elles restent intouchées. Quelquefois, au tout début, on a pu le surprendre

déroband un morceau de sucre dans le placard, mais il n'a pas continué. On le surveille : il ne mange pratiquement pas en dehors des repas et il ne vomit pas.

Devant l'échec de la « manière douce », on passe à l'autre : s'il persiste à ne pas manger davantage, il sera privé de son argent de poche le dimanche. Au troisième dimanche de ce régime, Lucien quitte la table, laissant toute la famille consternée, sa mère folle d'inquiétude, à l'idée d'une « bêtise » possible : « Puisque c'est ainsi vous mangerez sans moi », et il va passer le reste de la journée chez un camarade.

Son poids, qui était de 58 kg. en octobre 1952, pour 1 m. 67, baisse à partir de mai 1953 pour arriver au chiffre de 49 kg. au mois de novembre. On en vient à penser alors qu'il pourrait être malade et on le conduit chez le médecin. Il s'y rend de mauvais gré. Il ne comprend pas. Lui, ne se plaint de rien : il n'est pas malade ; tout est très simple, il n'a pas faim.

Aucune des thérapeutiques toniques et reconstituantes utilisées n'a raison de son état. Après de nombreuses consultations chez différents médecins, on l'hospitalise à l'Hôpital Salvator, dans le service de phthisiologie du P^r Berthier, afin de pratiquer un bilan. Alors, Lucien ne comprend plus du tout. C'est avec beaucoup de protestations qu'il abandonne son travail ; il voudrait continuer à se livrer à son activité, car il se sent en parfaite forme. Tous les examens pratiqués à l'hôpital Salvator sont négatifs et permettent d'éliminer la tuberculose.

Après sa sortie de ce service, où il n'a pas mangé plus que chez lui, et comme il a encore maigri, on se décide à le conduire chez le psychiatre, comme il avait été conseillé depuis plusieurs mois. Lucien, qui commence à s'habituer à ces consultations inutiles, l'accepte. Le diagnostic d'*anorexie mentale* s'impose dès le début et l'hospitalisation est décidée à la clinique des maladies nerveuses (P^r Poursines), afin d'instaurer aussitôt que possible la thérapeutique de l'isolement.

Examen. — A son entrée dans le service, il pèse 46 kg. pour 1 m. 70. Il ne se plaint pratiquement d'aucun signe fonctionnel : c'est à peine s'il signale quelques pesanteurs gastriques immédiatement post-prandiales et de la constipation.

Il est très amaigri ; ses omoplates sont décollées, les fosses sus- et sous-épineuses décharnées ; le ventre est en bateau, les crêtes iliaques saillent ; les membres supérieurs sont graciles, tandis que l'aspect des membres inférieurs est relativement respecté. C'est un adolescent longiligne, macroskèle constitutionnel, dont le morphogramme est normal. Il n'a encore ni barbe ni moustache, mais la puberté est terminée, avec organes génitaux normaux et en semi-érection quasi-permanente. La pilosité pubienne a sa limite supérieure horizontale ; il n'existe pas de pilosité thoracique.

Il présente une kératose pilaire atrophiant des membres, avec spi-

nyctosisme et xérodermie, réalisant une forme mineure d'ichtyose congénitale (D^r Témime). Les ongles sont normaux. La quantité d'urines émises dans le nyctémère est de 200 à 300 cc. L'examen neurologique et somatique est strictement normal. La tension artérielle est à 12-5/6.

Divers examens paracliniques sont pratiqués. Hémogramme : lymphocytose relative, vitesse de sédimentation : 21-53. Glycémie : 0,90. Cholestérolémie : 1,40, métabolisme basal : — 40. Fond d'œil et champs visuels : normaux. 17-cétostéroïdes : 7,2 mgr. (Clinique médicale, P^r Poinso). F.S.H. : 4,5 unités-souris 24 heures (D^r Andrac).

Les radiographies craniennes sont normales, en particulier pour ce qui est de la forme et des dimensions de la selle turque.

L'examen électroencéphalographique révèle des tracés de repos caractérisés par des rythmes complexes où prédominent les fréquences alpha, thêta et des rythmes rapides. Dans les régions moyennes existe une importante participation des rythmes thêta. Toutes ces anomalies, qui disparaissent lors de la stimulation lumineuse intermittente, traduisent une dysfonction des formations chargées de régler l'électrogénèse cérébrale (P^r Gastaut).

Du point de vue psychologique, Lucien apparaît comme un garçon averti, possédant un niveau intellectuel satisfaisant. Le Terman-Merrill confirme ces impressions, qui évalue son quotient intellectuel à 100.

Cliniquement, Lucien est lent dans sa manière de répondre ; il est pratiquement impossible de lui faire quitter un plan superficiel et tautologique. Il ne coopère pas. Il dit ne pas saisir le rapport qui peut exister entre les questions qui lui sont posées et la perte de son appétit. Il n'a jamais été contrarié. Il s'est arrêté de manger du pain afin de pouvoir se servir plus copieusement des autres plats. Il nie en tout cas que ç'ait été pour maigrir : il ne s'est jamais senti gros, personne ne lui a jamais fait de remarque dans ce sens.

L'entretien avec lui est si difficile que c'est avec grand'peine qu'on lui soutire des détails anodins sur sa vie racontée par sa mère : par exemple, ses préoccupations sportives et plastiques. Les soins dont il est l'objet chez lui lui paraissent fastidieux.

Il s'attache à fournir de sa famille le tableau le plus imprécis qui se puisse donner, et le plus conventionnel aussi : son père est gentil avec lui, sa mère également ; il n'a personnellement aucune inclination élective pour l'un ou pour l'autre ; de même, ses parents n'ont aucune préférence entre son frère et lui. Il s'entend d'ailleurs parfaitement avec son frère puîné de 5 ans ; il n'a jamais ressenti la moindre jalousie à son égard. Toutefois, lorsqu'il est question de ce frère, les yeux de Lucien s'emplissent de larmes, et comme, après un certain temps, on en parle à nouveau, il fond en sanglots et ne s'arrête pas de pleurer pendant tout le reste de l'entretien, sans qu'il lui soit possible d'expliquer pourquoi.

Nous apprenons que Lucien est au courant des choses de la sexualité depuis déjà longtemps : il l'était au moment de la naissance de son frère, qui s'est faite à la maison. Il a été initié à la masturbation par un camarade l'année passée ; il n'y aurait pas eu de masturbation réciproque et les deux adolescents n'auraient pas réitéré ensemble cet exercice. Depuis il s'adonnerait aux pratiques solitaires sans excès. Cette question ne le préoccupait pas et ne serait pour lui à l'origine d'aucun scrupule. La gêne qu'elle lui procure à l'aborder ne dépasse pas celle du reste de l'interrogatoire. Il n'a pas eu de contrariété d'ordre sentimental.

Le passage de l'école à l'apprentissage ne paraît pas avoir apporté de grandes modifications : il n'est en rapport qu'avec des garçons de son âge. Il eût aimé devenir marin et la séparation d'avec les siens ne l'eût pas gêné « plus qu'un autre ». Bien que le métier qu'on lui apprend lui plaise, il ne laisse pas d'envisager la possibilité de naviguer un jour.

Au Rorschach (Mlle S. Cotte) il offre un type de perception qui exclut les chromesthésies, et un type de résonance d'individu coarté ; cette coarctation n'est d'ailleurs qu'apparente. En raison du contexte, le test révèle surtout l'existence d'agressivité et d'esprit d'opposition et des préoccupations sexuelles banales à son âge.

Au cours du premier entretien, nous avons demandé à Lucien de vouloir bien exécuter un dessin représentant sa famille. Il fait un premier dessin avec assez de lenteur, après avoir demandé s'il devait représenter les personnages groupés ou séparés. La famille est représentée à table. Lui-même n'y figure pas. A gauche, le père lit son journal et paraît se désintéresser totalement de ce qui se passe autour de lui ; le jeune frère est assis en face, à la place d'honneur, et la mère, représentée de profil, avec un certain embonpoint, paraît n'avoir d'yeux que pour lui.

Interrogé à propos de ce dessin, le malade reste dans la ligne de l'interrogatoire qui a précédé ; il ne dépasse pas la description littéraire et refuse toutes les possibilités qu'on lui fournit d'interpréter plus profondément : il ne s'est pas représenté parce qu'il ignorait qu'il eût à le faire, le père lit le journal parce qu'il lit le journal, etc...

Au cours des entretiens suivants, le contact ne s'est pas facilité. Lucien a continué de répondre assez laconiquement, renvoyant la question comme une balle. Nous lui avons alors proposé de dessiner à nouveau sa famille, sans l'envisager obligatoirement sous le même angle, mais en s'y figurant lui-même. Ce dessin est presque superposable au premier ; les éléments de la situation déjà fournis sont exagérés. Le père lit toujours le journal, mais maintenant il n'est même plus à table, il tourne le dos à la scène ; du reste il n'y voit rien puisque Lucien lui a mis des lunettes. Le couple mère-petit frère est cette fois patent : la mère le tient embrassé par les épaules. Quant à Lucien, il est dans le coin opposé, séparé du reste de la famille par toute la largeur de la table, l'air accablé.

Une narco-analyse n'avait amené aucun « décrochage », mais avait suscité une abréaction anxieuse importante.

Enquête familiale. — Une conversation avec le père et la mère était indispensable. C'est cette dernière qui semble prendre les initiatives dans le ménage ; elle paraît inquiète, constitutionnellement anxieuse. C'est elle qui répond aux questions ; même si celles-ci s'adressent plus précisément au père. Toute la famille est très affectée par la maladie de l'enfant, mais le père paraît relativement plus touché, il ne cesse de pleurer en silence. Aussi bien lui que sa femme sont d'une compréhension et d'une docilité parfaites pour ce qui est du traitement ; ils acceptent de bonne grâce l'isolement et la durée éventuellement prolongée de l'hospitalisation.

C'est par eux que nous apprenons un détail qui peut avoir son importance pour expliquer la localisation du trouble. Un an avant le début de son anorexie, Lucien était porteur d'un ténia. Cette parasitose avait été cause de perturbations de l'appétit : boulimie au début, puis dégoût avec nausées, entraînant de l'inappétence. Il a fallu trois administrations de ténifuges à trois mois d'intervalle pour l'en débarrasser (la dernière en juillet 1953). Un examen des selles, pratiqué en décembre 1953, ne montrait ni œufs ni anneaux. L'anorexie s'est installée aussitôt après la disparition du parasite.

Au cours de son enfance, on notera deux antécédents importants. Lucien a été nourri au sein par sa mère jusqu'à l'âge de deux ans et demi. Le sevrage a été brutal : à la suite d'une chute dans le jardin, s'étant blessé à la lèvre supérieure, l'enfant n'a plus pu téter. Il n'a pas réclamé le sein par la suite, il n'a pas sucé son pouce, mais il a été énéurétique jusqu'à cinq ans.

Evolution. — L'hospitalisation est bien acceptée, malgré une réaction dépressive initiale, mais l'ennui domine. Placé d'abord en observation dans le service libre, il continue à ne pas manger et, durant la première semaine, perd encore 400 grammes. Mais l'isolement réalisé ne pouvait être assez rigoureux. Lucien est alors transféré dans la section que dirige le professeur Crémieux ; c'est là que s'effectue le décrochage. L'isolement absolu en cellule le trouble beaucoup, bien que l'on ait insisté sur le caractère non punitif de la claustration imposée. Lucien écrit à sa famille une lettre dont nous respectons l'orthographe défectueuse, et dans laquelle il peint un tableau d'une noirceur excessive des mauvais traitements dont il serait la victime et dont les détails, ne sont pas seulement exagérés, mais parfois inventés purement et simplement, les passages soulignés l'étant par le malade.

Marseille.

CHERS PARENTS,

Je vais vous donner quelques nouvelles. J'ai eu le coli un moment après que tu l'a remi à l'infirmier. Il m'a dit que tu étai venu aux nouvelles et m'a raconter tout ce que le Docteur a dit.

Il m'a dit : « Que je mangeait bien maintenant qu'il était content de moi et que je ne resterais pas longtemps encore ça me donner un peu de courage car je commençais à désespérer ? Mais je suis retombé dans le désespoir j'en dors pas la nuit. Quand il m'a dit que le Docteur avait parlé de maison de repos, mais il m'a dit qu'il avait dit jusque quelques mots et que ce n'était pas sur. Aussi je ne veux pas y aller. Je vous prie de ne pas m'y envoyer de ne pas faire les démarches. Je pense que vous m'y enverriez pas. Quand je sortirais de là, parce que maintenant je mange et quand j'arriverais à la maison vous serez tous contents. Donc si je mange, je suis guéri ! comme je suis guéri ! je ne veux pas y aller ? ça me trotte ça vous savez ?

Je vous remercie tous les trois pour le colis qui m'a fait plaisir. Je remercie aussi beaucoup mon petit frère qu'à penser à moi, je le remercie beaucoup pour ses bonbons ? Moi aussi je pense beaucoup à lui. Tu a vu ou j'étais dans une cellule avec des fous qui crient toute la nuit. Il y a trois folles et six fous donc a un on y a mis la camisole de force et on l'a attaché au lit.

La cellule où je suis et petite tu as juste la place pour bouger, c'est pour les fous au milieu il y a un lit en fer cimenté au parterre il y a un trou pour chier, il n'y a pas de fenêtre il fait toute la journée nuit noire il y a toujours la lampe il y a une porte épaisse avec un verrou pour te faire passer le repas ou pour te parler. Tu a droit à rien avoir à toi dans la cellule sauf quelques livres un savon, un gant une serviette et les friandises qu'on apporte, pas de fourchettes, pas de couteaux rien qui coupe parce que c'est comme pour les fous il peuvent se suicider ou se pendre dans la cellule on a levé les fenêtres parce que depuis que j'y suis il y en a 3 qui on saute par la fenêtre et il y en a un qui s'est pendu ; C'est très rigolo quand ça se passe à 5 mètres de toi que tu entends hurler la nuit. Il y a 15 jours que je ne suis pas sorti à l'air 15 jours s'en voir le soleil tout le temps dans la nuit au milieu des fourmis et des cafards. Il y a de quoi avoir le cafard. Aussi je pense que vous allez dire aux marseillais de se débrouiller un peu pour me faire sortir au plus vite. Je ne vois pas pourquoi ils me gardent du moment que je mange.

1) on m'a fait un électro-choc. On te met un casque avec des électrodes de haute tension on te met un caoutchouc dans la bouche on te fou le courant du 180 volts. Tu vois de toute la cou leurs et tu parles dans les pommes.

2°) On m'a fait une prise de sang.

3°) On m'a fait les bigoudies ils s'appellent ça comme ça là on te met un casque en caoutchouc qui te serre au menton on t'embarnisse de colle les cheveux sur cette colle on y met des bougies de camion, de moteurs, on te met sous une machine où part une centaine de fils électriques qui se branchent sur les bougies et on te met le courant dans la tête c'est très mauvais.

Vous avez eu la visite de M. B... papa devait le connaître il est gardien aux chantiers.

J'espère que dans quelques jours quand j'arriverais vous m'annoncerez une bonne nouvelle pour le terrain de Ferendo et que vous faites toujours des plans, moi je n'y pense pas beaucoup, je me tracasse pour savoir quand je sortirai parce que ça commence à être long, c'est moi qui vous le dit, si aux chantiers la journée est longue, ici c'est encore plus long. Je vous fais le croquis de la cellule vu du plafond.

Je t'en supplie de dire au Docteur de s'arrêter et que je parte avec toi *tu es libre de me faire sortir si tu le veut donc si je ne sors pas c'est que vous ne voulez pas, c'est que vous voulez que je reste là tout le temps.* Les docteurs et infirmiers me disent que j'en est pas pour longtemps mais je suis toujours là. Dites à Parrain qu'il *bouge* le Professeur *parce que si tu lui dit rien il te garde indéfiniment.* Les malades qui étaient en haut avec moi je les voient tous partir et moi je suis là. Ça me donne le cafard et *je pleure à longueur de journée* aussi quand tu reviendra *emmene moi avec toi fait les papiers pour sortir* et vous verrez qu'à la maison vous serez tous *contents.* Oui Maman ! Sur la lettre tu me fait comprendre qu'il faut que je mange, dit toi bien que maintenant je mange bien et j'ai repris du poids, seulement *ce qui me tracasse et je dors pas la nuit et je pleure c'est que je mange et je suis toujours là sans voir personnes on me défend de sortir j'étouffe là dedan.*

Je vous en prie maintenant que je suis guéri *faite tout pour me faire sortir* parce que j'ai des *idées noires* et je te le repette je fais *que pleurer.* Dans mes idées il me semble et je vois *que je vais rester tout le temps renfermer.* Aussi la prochaine fois que tu vien aux nouvelle emmene moi.

Excusez moi si c'est mal écrit mais je doit vous dire que je n'écris pas sur une table, j'écris sur un lit plein de fourmis et pas trop rembouré. Je vous termine cette lettre parce que je ne vois plus rien à vous dire. Ainsi je termine en pensant que *vous ne m'enverraient pas à la maison de repos* du moment que je mange et que j'ai repris du Poids. *Je languis de vous revoir tous les 3* ainsi que les collègues.

Recevez de grosses carresses d'un *renfermé.* Grosses carresses à tous les 3 et à Momond de grosses bises.

Je lui envoie la photo, l'image qu'il y avait dans la tablette de chocolat, il y en avait 2.

A bientôt,

LUCIEN.

Mais, depuis, il s'est remis à s'alimenter correctement. Son poids est passé de 47 à 49 kg. en une semaine. Il réintègre le 22 avril sa chambre initiale et pèse alors 53 kg. Il est plus détendu, demande à rentrer chez lui, conscient de sa guérison. Nous lui avons demandé d'exécuter un dessin spontané : il se dessine en chasseur guettant un oiseau, ce qui peut être considéré comme une prise de conscience et une acceptation de l'agressivité qui était la majeure composante de son anorexie mentale. Son métabolisme basal est remonté à — 17 %, ce qui nous permet d'interpréter le premier résultat à — 40 % comme étant un simple reflet du ralentissement de son métabolisme général dû au jeûne excessif ; nous avons écarté la possibilité d'une insuffisance thyroïdienne devant l'absence de tout signe clinique et le taux du cholestérol sanguin.

Lucien quitte le service ayant repris des habitudes alimentaires normales.

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTÉRATURE

Nous avons été très stricts dans le choix des observations publiées souvent sous le titre « d'anorexie mentale » sans critères suffisants, éliminant tous les cas qui ne concernent pas des adolescents ou des jeunes, ou sont des sitiophobies plus ou moins délirantes. En particulier, la notion d'« anorexia nervosa » possède pour les auteurs anglo-saxons une acception excessivement vaste, englobant névroses dysphagiques, anorexies psychotiques ou réactionnelles, voire anorexies concomitantes d'affections viscérales. Un travail récent de Kay (1) comportant quatre cas masculins ne peut ainsi être utilisé à notre point de vue. Nous n'avons donc retenu que les observations suivantes :

1) Garçon de 13 ans. Mère mélancolique suicidée, amaigrissement très marqué ; haleine fétide. Appétit capricieux : une glace par jour. Présentait en outre une astasie-abasie. Guérison par suggestion (Caryophilis, *Le progrès médical*, 1^{er} octobre 1892).

2) 26 ans, préparation agrégation sciences. Mariage avec une femme peu fortunée ; mauvaises habitudes alimentaires. Part se reposer en province et accepte de manger quelques œufs. Amélioration, mais se livre à un exercice intense : marches de 12 kilomètres. Atteint de broncho-pneumonie, puis rechute. Admis en maison de santé il meurt dans la cachexie (Noguès, *Thèse*, Toulouse, 1913).

3) Deux observations.

a) 16 ans, 1 m. 54, 24 kg. Symptomatologie classique : goût pour sa maigreur, mise en scène. Ambivalence vis-à-vis de la mère ; sentiments incestueux.

b) 17 ans. Antécédents sportifs ; coquet. Découverte de l'érotisme ; une personne de son entourage, qu'il vénérât, était le sujet de ses rêveries érotiques (Donnadieu, *Thèse*, Bordeaux, 1932).

4) 13 ans. Parents nerveux ; fils unique. Baisse progressive de l'appétit. Ne mange que des morceaux minuscules. Obsessions : « Aurait un gros ventre s'il mangeait trop », caractère difficile et capricieux (Carrier, *Thèse*, Lyon, 1939).

5) Deux observations.

a) 17 ans, élevé loin de ses parents jusqu'à 13 ans. Fait une anorexie mentale typique.

b) Ereutophobe ; l'interprétation des auteurs est celle d'une protes-

(1) *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 46, n° 8, août 1953.

tation dirigée contre la mère malgré l'apparente douceur. Sentiments de culpabilité, activité démesurée (scrupules d'auto-accusation, d'auto-punition) (Lebovici et Boutonnier, *Le médecin français*, 1946).

6) 25 ans, fermier. Au retour du service militaire, en 1946, poids : 76 kg. Se plaignant de troubles digestifs, suit un régime de restrictions alimentaires draconiennes. Vu par le D^r Gutman après un amaigrissement de 20 kg. Adressé au D^r Decourt en 1948, poids : 51 kg. Absence de désir sexuel, pas d'érection depuis deux ans. Amélioration assez rapide par isolement. L'enquête révèle la mort du père en 1943, remplacé par un frère prisonnier ; à son retour de captivité, très autoritaire, terrorisant le cadet qui s'alite « pour montrer qu'il est malade et non paresseux ». Débile (au Binet-Simon, âge mental : 11 ans) (Michard, *Thèse*, Paris, 1950).

7) Deux observations.

a) 18 ans. Restrictions alimentaires progressives, amaigrissement : 8 kg. Frustration chez un garçon. Présentation d'hypocondriaque. Traitement isolement et électrochocs. Evolution immédiate : 5 kg. repris en deux mois. Guérison.

b) 17 ans. Restriction alimentaire progressive depuis deux ans. Refus de la situation familiale. Névrose grave, homosexualité latente. Traité par isolement et électrochocs. Evolution immédiate : 8 kg. repris en un mois et demi, mais rechute progressive (Laboucaré et Barrès, *L'évolution psychiatrique*, 1954).

Nous avons donc été conduits à retenir, outre les deux nôtres, dix observations d'anorexie mentale masculine recueillies dans la littérature. Peut-être aurions-nous pu en retenir davantage, mais nous n'avons voulu conserver que celles relatées de façon suffisamment détaillée pour nous permettre de juger si elles possédaient les critères que nous nous sommes fixés. En effet, nous avons considéré comme n'entrant pas dans notre cadre des cas de dysphagie névropathique (Blum (1), H. Baruk) (2), des anorexies psychotiques ou névrotiques (Billiotet), des anorexies de courte durée (Stoerr) (3), enfin des cas concernant des adultes âgés (Laboucaré et Barrès) (4). C'est donc sur un total de douze observations qu'est basé notre travail actuel.

L'anorexie mentale du garçon est-elle authentique ? Tout nous porte à le croire. La séméiologie présentée par ces malades — mis à part les signes de la série sexuelle que nous discuterons — est en tout point superposable à celle des jeunes filles.

(1) *La province médicale*, 18 juin 1910.

(2) *Clinique et Laboratoire*, 20 avril 1934.

(3) *Thèse*, Strasbourg, 1932.

(4) *Loco citato*.

La notion d'âge, primordiale, y est la même. Nos deux malades étaient âgés de 16 ans. Dans les autres observations, l'âge oscille entre 13 et 25 ans.

Les malades ont tous présenté le début classique du syndrome : refus progressif de s'alimenter, peut-être plus progressif que chez la jeune fille ; amaigrissement rapide, auquel n'a manqué, évidemment, que l'arrêt des règles. Ce refus de s'alimenter, loin d'être brutal, est le plus souvent progressif. Il s'agit dans de nombreux cas de restrictions alimentaires, d'abord très sélectives, souvent basées sur l'observation apparemment tout à fait logique d'un régime, justifié par de vagues troubles dyspeptiques, ou bien, d'autres fois, par des considérations esthétiques. Puis, peu à peu, la restriction s'étend à tous les aliments, d'abord qualitative, devient rapidement quantitative, jusqu'au refus total de s'alimenter. Ce refus est formel ; rien n'y fait, ni tentatives réitérées de raisonnement, ni persuasion, ni même brimades. Et c'est assez rapidement que les parents, ou l'entourage du malade, ou le médecin consulté, sont amenés à constater la gravité du trouble, sa véritable nature morbide.

Il est à noter que le comportement du jeune malade peut rapidement éveiller l'attention. Ce sont des sujets fréquemment intelligents, comme d'ailleurs les jeunes filles anorexiques, et comme en témoigne leur réussite souvent rapide et brillante aux examens, mais de petits troubles caractériels sont constatés. L'intransigeance, les excès de l'adolescence, sont ici poussés à l'extrême. Dans leur refus de s'alimenter, ces jeunes gens vont jusqu'à la violence. Leur réticence aussi, lorsqu'on les interroge sur la motivation de leur refus de nourriture, est frappante. Hargneux, voire agressifs, ils s'enferment dans une réserve silencieuse dont on ne peut les faire sortir.

Si l'affection continue d'évoluer, l'amaigrissement devient très rapidement catastrophique, et l'examen somatique tout à fait infructueux au début de l'affection décèle les signes de cachexie. Hypothermie, bradycardie, hypotension artérielle, œdèmes, troubles des phanères, chute glycémique, sont connus et nous n'y reviendrons pas. De même, l'influence favorable, souvent décisive, de l'isolement thérapeutique, est identique dans les deux sexes.

Beaucoup plus intéressante nous a semblé l'étude endocrinienne de ces cas si particuliers. En effet, chez ces malades, le signe fondamental de l'anorexie mentale classique, l'aménorrhée, manque par définition. L'anorexie mentale du garçon serait-elle

une affection plus psychiatrique que celle de la jeune fille, purement psychiatrique même ? Son existence est-elle en faveur d'une étiologie et d'une pathogénie purement psychogène de l'affection ? Il semble que l'affirmative soit la réponse la plus vraisemblable à ces questions. Allons-nous trouver une insuffisance testiculaire, correspondant à l'insuffisance ovarienne de la jeune fille ?

Au point de vue somatique d'abord, il ne semble pas qu'on puisse être frappé par un aspect gynoïde ou un infantilisme quelconque. Les deux malades personnellement examinés par nous avaient un aspect physique normal, voire très masculin, la puberté était terminée dans les deux cas, avec des caractères sexuels marqués. Le morphogramme que nous avons pu pratiquer chez notre second malade est normal pour un jeune homme de cet âge. L'interrogatoire, conduit avec prudence et patience, a décelé des préoccupations sexuelles normales, l'existence d'érections.

Cependant, d'autres auteurs, Michard (1) en particulier, dans la seule observation masculine de sa thèse, qui concerne un jeune homme de 25 ans, mentionne une absence de désirs sexuels et d'érections depuis 2 ans, alors que l'aspect physique et les caractères sexuels sont conservés.

Les épreuves biologiques n'apportent pas de données primordiales ou définitives. En effet, si le taux des 17-céto-stéroïdes urinaires de notre second malade est relativement faible, nous savons qu'on a pu le trouver quelquefois normal, d'autres fois élevé. Avec Decourt (2), nous pensons que ces taux normaux ou élevés peuvent être rattachés à une hyper-sécrétion cortico-surrénalienne qu'il est raisonnable d'interpréter dans le cadre des mécanismes du stress. Il serait évidemment possible d'avoir une idée exacte de la fonction testiculaire de ces malades en pratiquant des spermogrammes ou des ponctions-biopsies testiculaires. Nous avons hésité à pratiquer de tels examens chez un malade de 16 ans, en pensant aux incidences psychologiques éventuelles de tels traumatismes physiques et psychiques.

Ainsi il paraît impossible de décrire un syndrome endocrinien de l'anorexie mentale masculine, qui rende compte de toutes les possibilités. On ne peut parler d'insuffisance testiculaire ou de gynoïdisme. Si de tels syndromes ont pu être rencontrés, ils

(1) *Loco citato*.

(2) *Annales d'endocrinologie*, t. 11, n° 6, 1950.

sont loin d'être la règle. En particulier, nous ne les avons retrouvés chez aucun de nos deux malades, qui de ce point de vue étaient absolument normaux. Il convient donc d'opposer, croyons-nous, cette insuffisance testiculaire, ni formelle, ni constante, à l'insuffisance ovarienne de l'anorexie mentale de la jeune fille, dont nous ne discuterons ici ni la nature, ni le mécanisme.

On peut donc admettre, jusqu'à plus ample informé, que le syndrome endocrinien de l'anorexie masculine est un élément contingent du tableau clinique et biologique, et c'est ici que réside à notre sens la différence essentielle entre les anorexies des deux sexes, tout à fait analogues par leur séméiologie et leur évolution.

Par contre, les aspects psychiques de l'anorexie mentale masculine prennent une importance relative plus considérable, et ce n'est pas le moindre intérêt de son étude.

Au point de vue psychique, la notion d'inacceptation de la féminité et des obligations qu'elle comporte, ainsi que celle du rôle conflictuel des situations familiales plus ou moins perturbées, est généralement mise en valeur dans l'anorexie classique des jeunes filles. Celle-ci représenterait une régression vers l'enfance camouflée sous le masque de la névrose. Si elle est plus fréquente chez la fille que chez le garçon, c'est que, chez celle-là, l'évolution psychologique est plus complexe, et que le renoncement nécessaire à sa mère nourricière pour s'attacher à un objet de sexe opposé n'a pas toujours été sans heurts ni ressentiments, qui prendront leur valeur et ressurgiront lors de la crise pubérale ultérieure ; le refus de la nourriture constituera un équivalent symbolique de l'agressivité inavouée envers la mère (J. Boutonier) (1). Les sentiments de culpabilité liés à l'éveil sexuel assimileront toute la conduite instinctive, et spécialement les instances alimentaires, aux désirs sexuels réprouvés, d'où la ligne de conduite auto-punitive, non exempte d'ailleurs de satisfaction et de jouissances nouvelles.

S'il en est ainsi, des aspects d'immaturation affective ou de régression infantile associés à des tendances homosexuelles devraient être observés chez nos adolescents anorexiques. Nous avons vu que le morphogramme et les recherches humorales ne sont pas en faveur d'un substratum endocrinien précis du comportement névrotique. Mais si sur le plan psychologique, les manifestations homosexuelles caractérisées n'ont pas été notées,

(1) *Cahiers de psychiatrie*, Strasbourg, 2, 1948.

nous rencontrons cependant l'ambivalence des sentiments vis-à-vis de la mère, avec hostilité souvent exprimée. Dans notre premier cas, le départ du père et ses conséquences étaient l'occasion d'un conflit grave ; dans le second, le sevrage, brutal, a été anormalement tardif et la mère représente l'élément dominateur du ménage, sinon tyrannique. Pour éclaircir ces points, les observations recueillies dans la littérature sont souvent sommaires au point de vue psychopathologique. Cependant, Donnadiou insiste sur les sentiments d'ambivalence envers la mère, Lebovici et Mlle Boutonier sur une attitude de protestation du même ordre, Laboucaric sur un refus de la situation familiale avec homosexualité latente. Il semble donc que quelques traits communs peuvent se rencontrer dans le conditionnement psychologique de ces anorexies mentales masculines, sans qu'on puisse affirmer leur constance, et dont la signification reste hypothétique.

Nous avons voulu surtout attirer l'attention sur l'existence incontestable d'une anorexie mentale masculine des jeunes, authentique, et sur les difficultés d'interprétation de tels cas, l'aspect endocrinien ou psychogène de la maladie n'ayant guère été envisagé jusqu'ici que du seul point de vue psycho-somatique féminin.

LA CURARISATION EN CONVULSIVOTHÉRAPIE

Données actuelles d'après 5.000 cas

PAR

J. BOUREAU

La vogue croissante de la convulsivothérapie sous curare constitue, à l'heure actuelle, la preuve la plus évidente de l'intérêt d'une association qui, dans les premiers temps, a été accueillie par la plupart avec une très grande réserve. Les perfectionnements successifs de la technique, l'utilisation de curarisants nouveaux, et aussi une meilleure connaissance des résultats et des possibilités de la méthode, ont progressivement contribué à cette évolution.

En octobre 1949, nous avons publié dans *La Presse médicale* et communiqué à la Société française d'anesthésie, notre technique et le résultat de nos 150 premières observations. Depuis lors une pratique quotidienne nous a permis d'étendre le champ de notre expérience, et nous voudrions aujourd'hui essayer de faire le point en exposant les modifications de notre technique et les résultats de nos observations qui reposent actuellement sur plus de 5.000 curarisations pour électrochocs ou électro-narcoses.

Nous voulons exprimer tout d'abord notre gratitude à M. le professeur J. Delay pour la confiance qu'il nous a témoignée en nous accueillant dans son service il y a douze ans pour y étudier les différentes applications de l'anesthésie à la psychiatrie ; c'est à la Clinique de Ste-Anne que les travaux expérimentaux et les premiers essais cliniques concernant ce travail ont été effectués. Nos remerciements vont aussi à tous les psychiatres qui ont bien voulu faire appel à notre collaboration pour le traite-

ment de leurs patients, nous permettant d'accroître notre expérience et de construire une statistique qui n'a de valeur à nos yeux que par l'importance des observations accumulées.

Nous exposerons successivement les modifications de notre technique, le résultat d'expérimentations destinées à préciser le degré de l'hypotonie musculaire due au curare ; nous discuterons ensuite du rôle des contractions musculaires en convulsivothérapie ; enfin, après un résumé de nos observations et l'exposé de quelques incidents, nous préciserons en terminant les principales indications de la méthode.

MODIFICATIONS DE TECHNIQUE. LES SELS DE SUCCINYL-CHOLINE

Sur le plan de la technique, l'élément essentiel de nouveauté réside dans l'utilisation des sels de succinyl-choline, le chlorure et surtout l'iodure, dont nous nous servons exclusivement depuis octobre 1952, après avoir utilisé ou essayé successivement la plupart des curares ou curarisants connus : crésoxydiol, tubocurarine, flaxédil, décaméthonium, 336 H.C. La supériorité de la succinyl-choline dans ce domaine est si évidente qu'il paraît superflu d'entreprendre une étude comparative de ces différents curarisants.

L'intérêt de la succinyl-choline en convulsivothérapie se résume en deux points :

1° La curarisation nécessaire pour atténuer les contractions musculaires de l'électrochoc ou de l'électronarcose doit être très puissante, au moins dans certains cas, comme les fractures récentes des membres ou de la colonne vertébrale. Or les sels de succinyl-choline permettent d'obtenir une curarisation extrêmement forte.

2° Ce sont des médicaments d'action ultra-courte puisque celle-ci n'excède pas 3 à 4 minutes. La succinyl-choline est donc le curarisant idéal pour une application aussi brève qu'un électro-choc ou que la phase tonique d'une électro-narcose, et sa rapidité d'action permet d'utiliser sans danger une dose efficace. Cette fugacité est due à l'instabilité du produit, dont la molécule se dissocie rapidement dans l'organisme en acide succinique et choline.

Certes une curarisation identique peut être obtenue avec les autres drogues, mais au prix de doses élevées qui risquent d'être dangereuses avec des produits d'élimination lente, la durée

d'action se situant aux environs de 10 minutes avec le décaméthonium, 20 minutes avec le flaxédil, 30 à 40 minutes avec la tubocurarine.

L'iodure, le plus utilisé à l'heure actuelle des sels de succinylcholine, se présente sous forme d'une poudre blanche contenue dans des petits flacons dosés à 100 mgr. de produit actif. La poudre doit être diluée extemporanément par addition de 10 cc. d'eau distillée, soit 10 mgr. par centimètre cube.

Quelle est la dose utile ? Elle dépend de multiples facteurs, notamment le poids, l'âge, l'état général, et aussi le motif de la curarisation, car il est bien certain qu'il n'est pas nécessaire de rechercher une réduction importante des contractions musculaires quand il s'agit, par exemple, de protéger un sujet apparemment normal contre un accident éventuel ; en contrepartie, il faudra frapper fort chez un fracturé dont l'accident remonte à quelques jours. Ce qui est difficile, par conséquent, c'est de fixer la dose exacte pour le premier traitement ; dans les cas courants elle correspond en milligrammes aux $\frac{2}{3}$ du poids exprimé en kilos, c'est-à-dire qu'un sujet de 60 kg., par exemple, recevra environ 40 mgr. Bien entendu, en cas de motif sérieux, on injectera une dose supérieure pouvant aller jusqu'à 1 mgr. par kilo, quitte à réduire ultérieurement suivant les réactions du sujet lors de la première application.

La curarisation apparaît très vite, débutant de 10 à 15 secondes après la fin de l'injection intraveineuse, pour atteindre son maximum entre la 45^e et la 75^e seconde ; c'est à ce moment que le choc sera déclenché. Pendant cette minute d'attente le patient est en apnée complète, la curarisation affectant tous les muscles, y compris le diaphragme. Il ne saurait donc être question d'appliquer le traitement à l'état de veille, en raison de l'impression extrêmement pénible éprouvée par le patient, et c'est pourquoi une anesthésie générale est nécessaire ; elle sera d'autant plus légère que l'inconscience n'a pas besoin d'excéder quelques minutes. Une faible dose de penthiobarbital en solution à 2 1/2 ou 5 % permettra d'obtenir aisément cette anesthésie, et l'injection curarisante sera faite immédiatement après, par la même aiguille.

On a proposé d'injecter le mélange penthiobarbital-succinylcholine. Cette formule ne nous paraît pas recommandable, car l'action anesthésique étant la plus lente à se manifester, le sujet ressent la paralysie curarique avant d'être endormi. Il est donc préférable d'injecter les deux substances l'une après l'autre, en commençant par l'anesthésique.

Il est classique de corriger l'action vagomimétique du penthio-barbital en ajoutant à la solution anesthésique 1/4 de mgr. d'atropine s'il s'agit d'un électrochoc, ou 1 mgr. s'il s'agit d'une électro-narcose, ce dernier traitement provoquant habituellement une sialorrhée importante. La meilleure solution, si l'on fait une électro-narcose, est même d'injecter l'atropine 1/2 heure avant par voie sous-cutanée.

De 15 à 20 secondes après l'injection curarisante, le patient est généralement animé de myoclonies discrètes, prédominant au visage et aux membres supérieurs et traduisant l'action cholinergique de la succinyl-choline ; leur disparition vers la 45^e seconde marque le moment où la curarisation entre dans sa phase optima.

En ce qui concerne le traitement électrique proprement dit, il y a lieu de souligner que la curarisation et plus encore l'anesthésie élèvent toujours, et souvent de façon importante, le seuil d'excitation au courant électrique. Il faut donc augmenter d'emblée l'intensité ou la durée du temps de passage, ce dernier facteur étant à notre avis de beaucoup le plus important.

Un détail primordial sur lequel nous voulons insister est la nécessité d'oxygéner les patients avant et après la crise. Pendant longtemps nous recourions seulement à cette manœuvre après le traitement, au moment où il faut ranimer artificiellement le malade en attendant la reprise des mouvements respiratoires spontanés. L'expérience nous a démontré l'utilité de pratiquer également l'oxygénation artificielle avant la crise, dès le début de l'apnée, c'est-à-dire entre la fin de l'injection curarisante et le déclenchement du choc. Ceci devient une nécessité absolue lorsqu'il s'agit de sujets âgés ou atteints de cardiopathie, en raison de leur sensibilité à l'anoxie. Ainsi administré, l'oxygène a un triple but :

pendant la minute d'attente, il permet d'entretenir artificiellement une respiration totalement défaillante ;

il permet de suroxygéner le patient en prévision de l'apnée qui accompagne la crise, pendant laquelle l'oxygénation est interrompue ;

après la crise enfin, il agit comme agent de réanimation artificielle, en attendant que le sujet retrouve un rythme respiratoire spontané, ce qui est très rapide avec la succinyl-choline.

Bien entendu, avant comme après la crise, l'oxygénothérapie doit être pratiquée sous pression puisque le patient est en apnée.

c'est-à-dire incapable de faire rentrer la moindre parcelle de gaz dans ses poumons. On utilisera un oxygénateur spécial, clos et parfaitement étanche, permettant de pratiquer des insufflations rythmiques des poumons par pressions manuelles sur le ballon respiratoire.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de médication antidote des sels de succinyl-choline. Le seul médicament à employer, c'est l'oxygène. Surtout ne jamais utiliser de prostigmine, car si les propriétés anticholinestérasiques de cette drogue en font un antidote des curarisants « bernardiens », tubocurarine et flaxédil, elles potentialisent au contraire les effets de la succinyl-choline, dont le mode d'action, par dépolarisation de la plaque motrice, est tout à fait différent. La méconnaissance de ce phénomène a déjà provoqué des catastrophes.

Après le traitement, lorsque le malade encore endormi a recouvré une respiration spontanée, il est bon de le placer sur le côté pour éviter la déglutition éventuelle de salive dans la trachée. La jambe supérieure est fléchie sur la cuisse, l'épaule supérieure bien dégagée, la tête défléchie, et le patient est confié jusqu'à son réveil à la surveillance d'un personnel infirmier averti.

Si au lieu d'un électrochoc il s'agit d'une électronarcose, la technique est la même, à cette exception près que l'on n'attendra pas la fin du traitement pour donner de l'oxygène. De même l'opérateur ne doit pas compter sur une reprise respiratoire spontanée, malgré la réduction de l'intensité du courant, puisque nous sommes en présence d'un sujet curarisé. La respiration artificielle par manœuvres internes sera donc mise en route dès la fin de la crise proprement dite, c'est-à-dire après cessation des clonies ; elle est interrompue après la reprise de la respiration, n'ayant en aucune façon troublé la conduite du traitement pour lequel la curarisation est désormais inutile.

Nous voudrions ici ouvrir une parenthèse à propos de l'électronarcose sans curare qui s'accompagne souvent d'une gêne respiratoire mécanique importante avec cyanose intense. Ces troubles des échanges, dus au trismus et à la sialorrhée, peuvent être partiellement corrigés par des inhalations d'oxygène. Il nous semble qu'une telle précaution devrait être systématique et faire partie de la technique de l'électronarcose, car nous pensons que les incidents ou accidents qui ont pu être signalés sont tous la conséquence des troubles respiratoires mécaniques et de l'anoxie.

MESURE DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE
AVEC ET SANS CURARISATION

Ainsi comprise, dans quelle mesure la curarisation atténue-t-elle les contractions musculaires de l'électrochoc ? Nous nous étions posé cette question à l'époque de la tubocurarine avec laquelle nous recherchions par principe une curarisation minima ; plus exactement, nous nous efforçons d'éviter une curarisation « de luxe », afin de favoriser une reprise respiratoire rapide. En procédant de cette façon il arrivait que certains patients présentaient une crise qui, objectivement, ne semblait pas très différente d'une crise normale sans curarisation préalable. Nous pensions, quant à nous, que ce critère objectif était de peu de valeur, car l'accomplissement d'un mouvement d'amplitude maxima ne réclame pas nécessairement un effort important ; et l'apparence extérieure de ce mouvement est sensiblement identique alors même que la contraction musculaire est 5 ou 10 fois plus forte.

Aussi, pour essayer d'apporter quelque précision sur ce point et déterminer dans quelle mesure une curarisation apparemment médiocre réduit les contractions musculaires de l'électrochoc, nous sommes-nous livrés à différentes expérimentations, d'une part des enregistrements électromyographiques, d'autre part des enregistrements dynamométriques des contractions musculaires, chez des sujets soumis alternativement à des chocs avec ou sans curare.

La première série d'enregistrements a été réalisée grâce à l'aimable collaboration de M. Verdeaux. Les électrodes étaient respectivement placées au niveau des groupes musculaires de la loge antéro-externe et de la loge postérieure de la jambe. Ces enregistrements objectivent surtout la réduction qualitative des contractions musculaires ; mais l'examen des tracés permet en outre de mettre en évidence les éléments suivants (1) :

atténuation globale de tous les potentiels par le curare ;

ralentissement de la fréquence des mouvements cloniques qui passent de 3 par seconde à 1,5 par seconde ;

existence de pointes d'amplitude plus grande dans les complexes électromyographiques cloniques, qui sont probablement transmises plus à distance que le reste du complexe clonique.

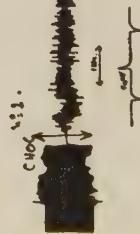
(1) Nous remercions M. le professeur agrégé Scherrer qui a bien voulu nous aider de ses conseils dans l'interprétation de ces électromyogrammes.

SCHÉMA

Sans cure



10

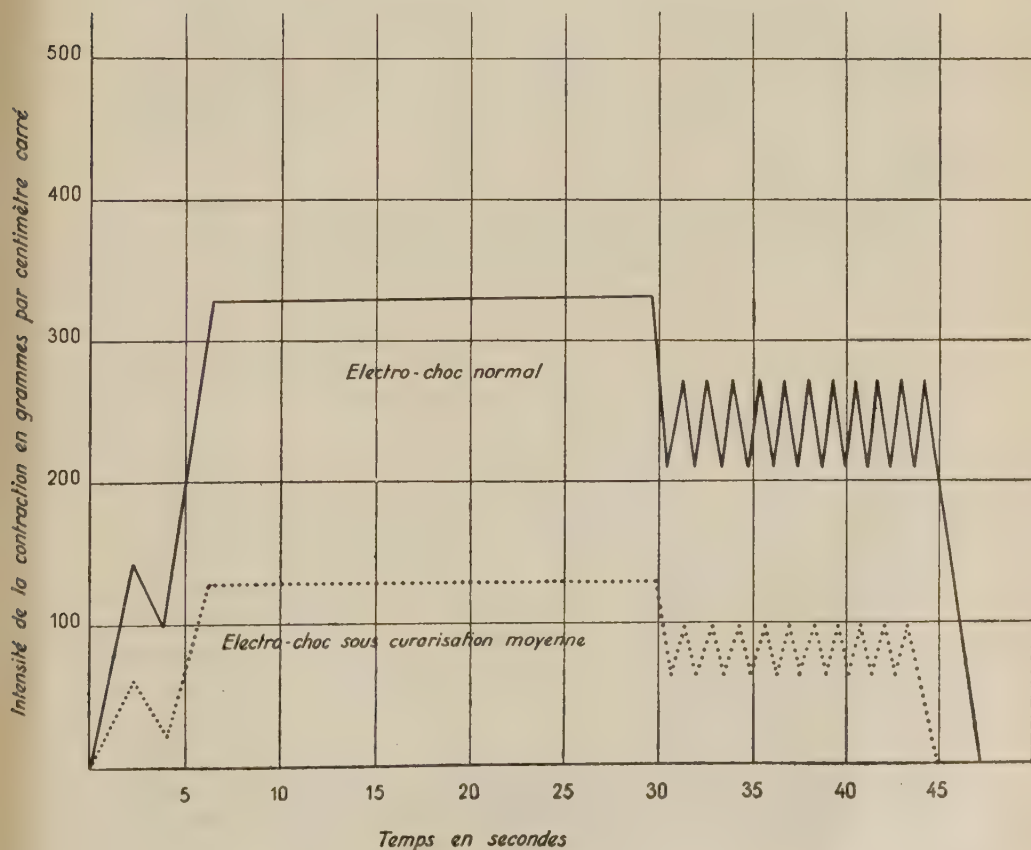


Avec cure

[Laboratoire d'électro-encéphalographie de la Clinique des maladies mentales
et de l'encéphale (Pr. J. Delay)].

La deuxième série d'enregistrements a été plus instructive encore, car elle nous a permis de chiffrer quantitativement le degré de l'hypotonie. Pour pratiquer ces mesures, nous nous sommes servis d'un appareil fort simple, l'hystéro-tonomètre de Boulitte, utilisé par les accoucheurs pour mesurer à travers la paroi abdominale l'intensité des contractions utérines au cours du travail. Cet appareil est essentiellement constitué par un manomètre dont la partie inférieure comporte un petit poussoir qui transmet au manomètre la pression exercée par le muscle, dont le volume s'accroît au fur et à mesure que la contraction augmente.

SCHÉMA



Avec cet appareil, muni d'un brassard de fixation, nous avons mesuré les contractions des muscles du mollet chez des sujets traités alternativement au moyen de chocs normaux et de chocs sous curare. Les résultats sont représentés sur le schéma ci-dessous où figurent en abscisse les temps en secondes, en ordonnée le degré de la contraction musculaire exprimée en grammes par centimètre carré. Il s'agit là d'un tracé idéal représentant la moyenne des résultats obtenus, les écarts les plus importants n'ayant pas dépassé 10 % en plus ou en moins.

Le tracé supérieur figure un électrochoc normal :

la secousse électrique primaire développe une pression voisine de 140 gr. au cm^2 ;

la phase tonique une pression de 330 gr. au cm^2 ;

la phase clonique une pression variant entre 210 et 270 gr. au cm^2 .

Le tracé inférieur figure un électrochoc sous curare avec :

au moment de la secousse primaire une pression de 70 gr. au cm^2 ;

pendant la phase tonique une pression de 130 gr. au cm^2 ;

pendant la phase clonique une pression variant de 70 à 100 gr. au cm^2 .

Ces résultats n'ont évidemment qu'une valeur relative, les conditions expérimentales comportant un certain nombre de facteurs d'erreurs. Néanmoins ils fournissent des éléments de comparaison intéressants et une approximation très suffisante en fait.

De ces expérimentations il ressort que la réduction des contractions est d'environ :

50 % au moment de la secousse primaire ;

60 % pendant la phase tonique ;

65 % pendant la phase clonique.

Or ces chiffres se rapportent à des patients qui ont reçu une curarisation moyenne avec de la tubocurarine. Il est bien évident qu'une curarisation forte obtenue soit avec la tubocurarine, soit avec la succinyl-choline donnerait des écarts beaucoup plus importants. Il s'agit donc bien dans ce cas d'une curarisation « de luxe » qu'il faudra seulement rechercher en présence de situations précises.

Une donnée complémentaire se dégage de ces tracés. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, le temps où la tonicité musculaire est la moins importante correspond à la secousse primaire. Or la plupart des auteurs sont d'accord pour affirmer que c'est

à ce moment-là que surviennent les accidents. Il faudrait donc conclure que ce n'est pas la valeur absolue de la contraction qui importe le plus, mais les modifications brusques du tonus précisément réalisées au moment du passage du courant.

LES CONTRACTIONS MUSCULAIRES, SONT-ELLES INDISPENSABLES A L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE DU CHOC ?

Il s'agit là d'un autre problème, également important, qui a constitué pour beaucoup la critique essentielle de la méthode, à une époque où l'on ne disposait pas d'éléments d'appréciation suffisants. Aujourd'hui encore, cette question laisse planer un doute dans l'esprit de quelques-uns.

En fait, il est bien difficile de lui donner une réponse formelle, car aucune règle mathématique ne lui est applicable. Pourtant si les patients sont rarement comparables quant à leur maladie et moins encore quant à leurs réactions à la thérapeutique, certains qui sont atteints de psychoses à rechutes permettent à cet égard d'intéressantes comparaisons. M. Delay a publié les résultats obtenus chez de semblables patients, qui ont été améliorés de façon identique par des électrochocs sans curarisation et des électrochocs sous curare ; ce qui confirme bien le fait que l'hypotonie musculaire ne réduit pas l'effet diencéphalique de l'électrochoc, les contractions n'étant qu'un épiphénomène sans aucune valeur thérapeutique propre.

Par ailleurs, nous disposons aujourd'hui de centaines d'observations de malades traités sous curare et guéris dans des délais sensiblement identiques aux autres. N'est-ce pas là le meilleur argument pour trancher ce débat ! Avec le recul du temps, des praticiens, qui autrefois se montraient hostiles, sont devenus des partisans convaincus de la curarisation, et il semble bien qu'aujourd'hui l'immense majorité des psychiatres soit d'accord pour considérer qu'avec ou sans curare les résultats thérapeutiques sont les mêmes.

Si le doute a subsisté si longtemps, c'est en partie parce que dans les premiers temps on avait souvent recours au curare, par prédilection, chez certaines catégories de patients qui ne constituent pas généralement une excellente indication de l'électrochoc. C'est ainsi que les malades dont la névrose est axée par une organicité plus ou moins discutable, sont volontiers proposés à la curarisation dans le but d'éviter tout risque traumatique sus-

ceptible de réveiller ces troubles organiques que la convulsivothérapie a précisément pour but de faire disparaître. De même, les vieillards qui, par définition, constituent une indication-type de la curarisation parce qu'ils présentent un risque supplémentaire dû à leur fragilité osseuse ou vasculaire. Or on sait que l'une ou l'autre de ces indications — en dehors des états dépressifs caractéristiques — ne constituent pas en général les cas les plus démonstratifs de l'efficacité de l'électrochoc.

Ces considérations sont d'ailleurs secondaires en comparaison du nombre important de patients qui, sans le secours de la curarisation, ne pourraient être soumis sans danger aux thérapeutiques de choc, ou plutôt n'y seraient pas soumis du tout. Car si la curarisation apporte une protection indiscutable à tous ceux à qui elle est prescrite, elle permet en outre d'étendre la méthode à certaines catégories de patients pour lesquels la convulsivothérapie n'était même pas envisagée autrefois. Nous citerons, à titre d'exemple, ce malade de M. J. Delay, atteint de maladie de Lobs-tein, ayant fait dans le passé un nombre impressionnant de fractures spontanées et qui présentait depuis cinq ans un état mélancolique rebelle à tout traitement ; grâce au curare nous avons pu le soumettre à une série d'électrochocs qui amenèrent sa guérison en moins d'un mois.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

Sur les 5.000 traitements que nous avons pratiqués à ce jour, 4.055 ont fait l'objet d'une étude détaillée, publiée dans la thèse de notre élève, Mlle Lwoff, et représentant l'ensemble de nos observations au 1^{er} janvier 1954. Nous reprendrons ici le détail de cette statistique :

Ces 4.055 traitements se sont répartis sur un total de 632 malades, 284 hommes et 348 femmes.

L'âge des patients était le suivant :

moins de 40 ans	25 %
de 40 à 60 ans	39 %
de 60 à 70 ans	27 %
de 70 à 80 ans	8 %
plus de 80 ans	1 %

Selon la nature de la maladie :

états dépressifs	83 %
états maniaques	4 1/2 %

états délirants	1 1/2 %
états confusionnels	1 1/2 %
états psychonévrotiques	4 1/2 %
états démentiels	1 %
divers	4 %

Selon le motif de la curarisation :

causes osseuses et articulaires	28 %
<i>idem</i> , provoqué par choc sans curare	11 %
causes cardiaques	4 %
causes circulatoires	7 %
âge	15 %
causes diverses	18 %
mesure de prudence	17 %

Selon le curarisant utilisé :

flaxédil	30 %
tubocurarine	40 %
succinyl-choline	30 %

Selon les doses administrées :

Flaxedil.....	{ 40 à 50 mgr.	18 %	
	{ 60 à 100 mgr.	82 %	
Tubocurarine...	{ 10 à 15 mgr.	18 %	
	{ 15 à 20 mgr.	74 %	
	{ 20 à 25 mgr.	7 %	
	{ plus de 25 mgr. ...	1 %	dose maxima : 32 mgr.
Succinyl- choline	{ 15 à 20 mgr.	4 %	
	{ 20 à 30 mgr.	17 %	
	{ 30 à 40 mgr.	45 %	
	{ 40 à 60 mgr.	28 %	
	{ 65 mgr. et plus ..	6 %	dose maxima : 100 mgr.

Selon le nombre de traitements :

1 et 2	7 %	
3 et 4	24 %	} 74 %
5 et 6	26 %	
7 et 8	24 %	
9 et 10	11 %	
11 et 12	5 %	
plus de 12	3 %	

Selon les résultats :

Guérisons	42 %
Améliorations	49 %
Echecs	9 %

INCIDENTS ET ACCIDENTS

PROTECTION DES HYPERTENDUS PAR LE CURARE

En complément de cet exposé statistique nous voulons nous arrêter quelques instants sur les incidents ou accidents qui ont été observés. A l'exception d'un seul, ils sont tous survenus avant octobre 1952, c'est-à-dire à une époque où nous n'utilisions pas encore les sels de succinyl-choline.

Incidents cardio-circulatoires

Sur 44 patients (11 %), pour lesquels la curarisation avait été prescrite en raison de troubles cardiaques ou vasculaires, trois ont présenté des incidents : deux femmes âgées, antérieurement atteintes d'ictus par hypertension, et un homme de 55 ans qui avait eu un infarctus du myocarde un an auparavant.

Les deux femmes ont présenté, la première un syndrome méningé passager, la seconde une parésie faciale transitoire ; incidents qui n'ont pas eu de suites. Le troisième cas fut plus alarmant : sous l'action de la tubocurarine, cet homme fit une apnée d'une demi-heure suivie d'une forte dépression respiratoire pendant une heure et demie ; parallèlement se développa un collapsus cardio-vasculaire impressionnant, avec disparition du pouls et de la tension artérielle, qui persista pendant plusieurs heures et fit croire à l'existence d'un nouvel infarctus, alors qu'il s'agissait d'un collapsus isolé.

Nous relevons dans notre statistique 14 autres patients antérieurement atteints d'infarctus du myocarde et totalisant entre eux 77 électrochocs sous curare, sans le moindre incident, ce qui démontre bien qu'une atteinte myocardique n'est pas une contre-indication formelle de la méthode. Ce qu'il faut souligner c'est la sensibilité particulière des cardiaques aux curares d'élimination lente, c'est-à-dire à la dépression respiratoire et à l'anoxie. Cet inconvénient n'est plus à redouter aujourd'hui grâce à l'administration systématique d'oxygène et à l'emploi de sels de succinyl-choline.

Protection des hypertendus

Ce curarisant, puissant et fugace, procure en outre une protection remarquable chez les hypertendus. Nous avons voulu

préciser ce point par des mesures comparatives chez des sujets soumis alternativement à des chocs avec et sans curare. Ces expériences ont été successivement conduites avec la tubocurarine, le décāméthonium, l'iodure de succinyl-choline.

Sans curare l'élévation moyenne de la tension artérielle est de 4 à 5 mm. de mercure, avec la tubocurarine ou le décāméthonium elle n'est plus que de 2 à 3 mm. de mercure, avec la succinyl-choline elle ne dépasse généralement pas 1 mm. de mercure, à condition que la curarisation soit forte et ne laisse subsister qu'un minimum de contractions ; tant il est vrai que la poussée hypertensive est en relation directe avec l'intensité des contractions.

Si la pression ne semble pas pouvoir être stabilisée de façon absolue, c'est sans doute en raison de l'hypercapnie qui accompagne inévitablement l'apnée critique, et ce faible excès d'acide carbonique suffit à provoquer une légère montée tensionnelle. Il serait possible toutefois d'éviter cette hypercapnie en pratiquant l'oxygénothérapie post-critique en hyperventilation, au moyen d'un appareil d'anesthésie en circuit fermé, comportant un bac à chaux sodée destinée à fixer l'anhydride carbonique ; on sait que les anesthésistes utilisent fréquemment ce moyen pour provoquer l'apnée, une apnée par acapnie.

Incidents respiratoires

Il faut insister surtout sur les asthmatiques qui sont *a priori* de mauvais cas, aussi bien à l'égard des barbituriques qu'à l'égard du curare. Ils sont hypersensibles à toute dépression respiratoire de quelque nature qu'elle soit, et bien que ne constituant pas une contre-indication formelle, ils réclament des précautions particulières. De 20 à 30 minutes avant le traitement, il est bon de faire une injection intra-musculaire de phénergan, et la dose d'atropine ajoutée au barbiturique sera doublée ; en même temps la dose d'anesthésique est réduite au minimum et la reprise respiratoire favorisée par une injection intraveineuse de coramine, sans oublier bien entendu l'oxygène dont l'inhalation doit être poursuivie jusqu'au retour d'un rythme respiratoire normal. Ces précautions très simples permettent de conduire le traitement de ces malades avec autant de facilité que s'il s'agissait de sujets normaux.

Notons en outre l'hypersalivation, beaucoup plus rare aujourd'hui avec l'utilisation de la succinyl-choline et survenant surtout

dans les électro-narcoses. Elle constitue parfois une gêne respiratoire mécanique que l'on compensera par la position latérale du patient après le traitement et par une oxygénation prolongée. Exceptionnellement on pourrait être amené à pratiquer une broncho-aspiration ; nous n'avons jamais eu à y recourir.

Comme incident véritable nous avons noté une fois la déglutition trachéale d'un vomissement liquide, chez une malade qui cependant était à jeûn depuis 5 heures. Ce vomissement est survenu au moment de la reprise respiratoire, c'est-à-dire au moment du retour de l'activité diaphragmatique ; il a provoqué dans la soirée une ascension thermique à 40°, rapidement jugulée par les antibiotiques.

Par ailleurs nous avons observé un cas très curieux d'hyper-sensibilité à la succinyl-choline qui s'est traduit par une apnée prolongée dont nous n'avons pu déterminer l'origine et qui n'a eu heureusement aucune suite fâcheuse. On trouve dans la littérature la relation de quelques cas similaires, tout à fait rarissimes et jusqu'à présent absolument imprévisibles. Ce cas unique de notre statistique a été observé sur plus de 2.000 curarisations succinyl-choliniques.

Accidents mortels

Nous avons eu à déplorer trois accidents mortels sur l'ensemble des malades que nous avons traités. Après étude critique nous croyons pouvoir affirmer qu'il s'est agi, au moins pour les deux premiers, d'une erreur ou d'une insuffisance de technique. Ils sont survenus tous les deux avant le 150° cas et le troisième avant le 1.000° cas. Le premier a été observé dans les tout premiers temps de notre pratique de la convulsivothérapie sous curare, à une époque où, comptant sur la décurarisation accélérée due à l'électrochoc (Hobson et Prescott) et à la prostigmine, nous n'utilisions pas l'oxygène.

Le second a été motivé par un défaut de surveillance du personnel infirmier. Il concerne une femme âgée dont le traitement s'était déroulé normalement, mais avec une reprise respiratoire plus lente qu'à l'habitude. L'administration d'oxygène fut sans doute interrompue trop tôt et le défaut de surveillance ne permit pas de porter à cette malade le secours qui était nécessaire.

Le troisième cas enfin concerne une femme âgée atteinte de cardiopathie. La mort est survenue non par dépression respiratoire curarique, mais par syncope cardiaque apparue brusque-

ment pendant la crise convulsive, 15 secondes environ après le déclenchement du choc, et qui s'est manifestée aussitôt par une dilatation pupillaire avec disparition du pouls. Ici le curare ne peut être directement mis en cause ; mais nous nous sommes demandé si l'anoxie provoquée par la dépression respiratoire de la période d'attente (nous ne pratiquions pas à cette époque l'oxygénothérapie systématique avant la crise) n'a pas favorisé chez cette malade atteinte d'affection cardiaque l'accident brutal déclenché par le choc.

Par ailleurs, nous croyons devoir souligner l'extrême fragilité de certains malades confiés à nos soins. C'est ainsi que par deux fois nous n'avons pu procéder au traitement parce qu'entre temps les malades étaient morts. Il va sans dire que si ces deux patients avaient été choqués et qu'ils soient morts à l'issue du traitement, il eût été difficile d'innocenter le curare.

Tout bien considéré, nous pensons que dans l'interprétation de nos trois accidents mortels, il faut tenir le plus grand compte de ce que nous avons été parmi les tout premiers à utiliser cette méthode en France, et nous n'appliquions certes pas dans les débuts une technique aussi rigoureuse qu'aujourd'hui. Nous ne disposions pas non plus à l'origine de succinyl-choline, et nos patients recevaient de la tubocurarine, d'un maniement beaucoup plus délicat. C'est la raison pour laquelle nous pensons que ces accidents ne doivent pas s'inscrire au passif de la méthode.

INDICATIONS DE LA CURARISATION

Nous voudrions en terminant dégager les principales indications de la curarisation en convulsivothérapie. Elles se résument en fait à deux risques majeurs : les risques ostéo-articulaires d'une part, les risques cardio-vasculaires d'autre part.

Risques ostéo-articulaires

Ils constituent l'indication optima, s'appliquant à la fois aux sujets très musclés, aux décalcifiés (vieillards notamment), aux malformés (cypho-scoliotiques), aux ankylosés, aux fracturés anciens ou récents, à tous ceux qui ont mal supporté un traitement convulsivothérapique sans curare (arrachement ligamentaire, luxation, tassement vertébral, etc...). Une fracture même récente, à la suite d'une tentative de suicide par exemple, n'est

pas une indication abusive de la méthode, et il nous est arrivé de traiter de tels malades, qui s'étaient fracturé un membre ou la colonne vertébrale deux jours auparavant. Dans ces cas bien entendu la curarisation doit être très forte de façon à provoquer seulement une crise céphalique avec simple ébauche de contractions aux extrémités supérieures.

Nous avons obtenu 100 % de succès dans ce domaine et n'avons jamais enregistré d'accidents mécaniques, même bénins.

Risques cardio-vasculaires

Ici le risque est plus grand car il affecte une fonction vitale et se double fréquemment d'un risque supplémentaire en relation avec l'âge des patients (le plus âgé avait 92 ans), ou un état de décalcification, et souvent les deux à la fois.

Nous avons traité des sujets atteints de lésions valvulaires, des artério-scléreux notoires, de grands hypertendus, des malades antérieurement atteints d'infarctus du myocarde ou d'ictus avec hémiplégie. Si nos résultats n'ont pas été dans ce domaine aussi brillants que sur le chapitre précédent, les incidents à tout prendre ont été bien minimes eu égard au nombre de patients rentrant dans cette catégorie. Et d'ailleurs, depuis l'entrée en scène des sels de succinyl-choline, nous n'avons enregistré aucun incident cardio-vasculaire, ce qui vaut d'être souligné.

Curarisation préventive

Outre ces indications majeures qui groupent 50 % de nos observations et un certain nombre de causes variées totalisant 18 %, la curarisation est prescrite aujourd'hui de plus en plus comme une simple mesure de sécurité, soit en raison de l'âge des patients (15 % de nos cas), soit même chez des sujets apparemment sains que l'on veut protéger contre un accident éventuel (17 % de nos observations).

*
**

Le succès grandissant de la curarisation en convulsivothérapie et son application systématique par un grand nombre de psychiatres, permettent aujourd'hui de ranger cette méthode, qui fut longtemps exceptionnelle, au nombre des techniques courantes

de la thérapeutique psychiatrique. Apportant plus de sécurité aux traitements de choc, elle a permis d'en étendre les indications à de nombreux patients qui jusque-là ne pouvaient en bénéficier.

Grâce aux perfectionnements successifs de la technique, grâce à l'utilisation de curarisants nouveaux, nous n'hésitons pas à dire qu'elle expose à moins de dangers que la convulsivothérapie simple. Mais une telle affirmation risquerait de conduire à des catastrophes si nous n'ajoutions que le traitement doit être appliqué par des médecins rompus à la pratique de l'anesthésie, de la curarisation et de la réanimation ; surtout de la réanimation. Il est facile de pratiquer une injection intraveineuse de pentothal ou de curare ; il est moins facile de ranimer correctement un patient totalement apnéique. C'est la seule réserve que nous formulons, mais s'abstenir de la souligner risquerait -- croyons-nous -- de compromettre dans l'avenir les remarquables résultats obtenus à ce jour.

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 8 novembre 1954

Présidence : M. B. LOGRE, président

PRÉSENTATIONS

Syphilis cérébrale ou paralysie générale,
par MM. J. BONHOMME et J. RONDEPIERRE.

L'existence d'une syphilis cérébrale distincte de la méningo-encéphalite diffuse et des gommès à symptomatologie tumorale est très discutée et même mise en doute. L'observation que nous vous rapportons nous paraît être une contribution utile à cette question.

OBSERVATION. — Le Dr Emile G..., né en 1872, est un déséquilibré qui a créé de nombreuses difficultés à sa famille. Inventeur de médicaments nouveaux qu'il avait cherché à lancer, il fut naturellement un des premiers adeptes de la radiologie naissante. Après de nombreuses plaintes en vol au commissariat, il finit par être interné d'office le 5 octobre 1938, avec un certificat du Dr Logre à l'Infirmerie spéciale, où l'avait envoyé le Dr Dupouy d'Henri-Rousselle. Le diagnostic était : « Psychose paranoïaque ; délire interprétatif de persécution ». A l'admission à Sainte-Anne, le Dr X. Abély porte le même diagnostic et note « des tendances préséniles à la méfiance et à l'avarice, des défaillances de mémoire », et attache une certaine importance, pour l'apparition des troubles mentaux, à des émotions (perte récente de sa femme, prostatectomie). Enfin, il fait état d'une amibiase et d'une syphilis contractées pendant la guerre.

Hospitalisé à la Maison de santé de Ville-Evrard, en raison de cette spécificité, l'un de nous fait une prise de sang et une ponction lombaire — bien que, quelques mois auparavant, le Dr Chetelin avait déconseillé celle-ci « en raison de l'état psychique ». — Le Bordet-Wassermann, le 18 octobre, a été négatif dans le sang mais positif dans le liquide céphalo-rachidien, ainsi que le Pandy, avec 2 lymphocytes 4 et 0,52 d'albumine. Le benjoin était 11111.22222.00000.

Le traitement au stovarsol est institué. 23 grammes sont injectés après une courte interruption due à une baisse de la vision sans gravité. Il est complété par quatre ampoules de quinby.

Le malade est ensuite transféré dans différentes maisons de santé sans que l'état physique et mental subisse de modifications importantes. Actuellement, les seuls changements à noter sont ceux qu'on observe habituellement dans les délires vieillissants, c'est-à-dire affaiblissement des réactions paranoïaques avec persistance de la subexcitation : logorrhée, inventions thérapeutiques aussi absurdes que variées, irritabilité intermittente avec incompréhension de sa situation et protestations contre son internement, et surtout graphorrhée en alexandrins, qui lui fait remplir de multiples cahiers de vers assez mirlitonesques, en général sur tous les sujets.

Une récente ponction lombaire, du 1^{er} juin 1954, a donné les résultats suivants : pas de lymphocytes, 0,40 d'albumine ; toutes les réactions sérologiques sont négatives.

Vous le verrez, légèrement affaibli, mais toujours alerte, parlant sans aucune dysarthrie vraie et avec une mémoire très appréciable pour son âge : 82 ans.

Nous serions heureux d'avoir l'interprétation de la Société sur le diagnostic de ce malade. Il nous paraît difficile de ne pas admettre l'existence d'une syphilis cérébrale transitoire. Peut-on invoquer l'âge de l'infection — le malade avait 44 ans ? Doit-on faire état du traitement subi à l'Institut prophylactique pendant seize ans ? Il n'en demeure pas moins certain que le malade ne semble pas avoir aggravé son état mental par sa syphilis.

Cette observation est à rapprocher de celle d'un autre malade — encore un confrère —, de 56 ans, pour lequel l'un de nous avait eu de nombreuses discussions avec Rogues de Fursac qui, nommé par le Parquet en réponse à une requête de sortie par l'article 29, ne voulait pas admettre le diagnostic de syphilis cérébrale et en faisait un paralytique général. Ce malade présenta des ictus épileptiformes, au point d'un véritable état de mal, avec crainte d'une issue fatale. Sans traitement, sans impaludation, impossible en raison de l'état physique, ce malade guérit, sortit de la maison de santé, vit toujours, et occupe depuis vingt ans une situation médicale réduite, mais assez active, dans une grande ville du Nord. On ne peut vraiment admettre une rémission d'une telle durée.

Cette question a été excellemment mise au point par Guiraud dans son article des *Annales médico-psychologiques* de 1925 (1), sur le polymorphisme de la syphilis encéphalique. Elle a été reprise sur un plan un peu différent dans la thèse de Roger, inspirée par Hamel (2), dans laquelle on trouvera une bibliographie très complète.

Toutes ces observations prouvent qu'il convient d'être très prudent dans le pronostic des psychoses syphilitiques quand les signes physiques sont réduits, même en présence de réactions sérologiques positives.

(1) Tome II, p. 260.

(2) Pierre ROGER. — Contribution à l'étude des psychoses syphilitiques. *Psychose hallucinatoire chronique et syphilis*, Nancy, 1935.

Délire aigu alcoolique à début convulsif traité par hibernation. Contrôle électro-encéphalographique, par MM. Paul NEVEU, E. DEROUET et M^{me} M. L'HERMIT.

L'étude détaillée d'une hibernation que nous avons l'honneur de présenter a pour but de montrer les problèmes concrets que pose cette technique et d'enregistrer les conséquences cliniques des protocoles pharmacodynamiques mis en œuvre. Il est en effet indispensable qu'une documentation précise vienne nous enseigner ce qu'il faut en retenir ou en rejeter.

OBSERVATION. — Jean Le B..., âgé de 29 ans, nous est adressé le 16 juillet 1954 par le Dr Logeais, chirurgien, qui l'a examiné pour un traumatisme crânien survenu au cours d'une crise épileptiforme. Depuis 36 heures, Le B... a présenté trois crises d'épilepsie généralisée. C'est un alcoolique invétéré, habitué à ingérer des quantités prodigieuses de rhum, de vin rouge (3 litres) et de cidre. Admis en clinique, il est agité et onirique ; le fond d'œil montre un aspect congestif des papilles avec menace d'œdème cérébral.

L'agitation croissante motive son entrée dans notre service. Il présente alors une anxiété extrême, des zoopsies terrifiantes, une agitation continue, un tremblement diffus. L'état général est médiocre, avec pâleur, hyperthermie à 39°, pouls à 120. Les bruits du cœur sont assourdis, la tension artérielle est à 16-9.

Un électro-encéphalogramme est pratiqué afin de rechercher si les crises comitiales répondent à un foyer traumatique. L'enregistrement, très difficile, montre cependant l'absence de dissymétrie et un tracé de bas voltage, au rythme α de 9-10 chocs par seconde.

En l'absence de localisation lésionnelle, un électro-choc immédiat est institué et suivi d'une médication de base : extrait hépatique intra-musculaire, strychnine à doses moyennes, vitamines B1, C, B12, PP, associées.

L'agitation reprend après le réveil du post-électro-choc et la température atteint 40°. Un second électro-choc est suivi d'une certaine sédation. Le lendemain matin, l'onirisme persiste, la température est à 39°2, le pouls à 108, la tension artérielle à 16-10, l'azotémie est à 0 gr. 58. Mais les deuxième et troisième jours, en dépit de quatre nouveaux électro-chocs, d'injections intra-musculaires de 4560 R.P., et des médicaments habituels, auxquels sont associés les antibiotiques, la température oscille entre 40° et 41°6. Le quatrième jour, l'agitation incoercible fait place à l'adynamie, la polypnée est intense, la langue apparaît saburrale entre les lèvres desséchées, fuligineuses et cyanotiques. Le faciès pâle est cadavérique. L'examen montre des pupilles en myosis punctiforme, des réflexes tendineux diminués, cependant que les cutanés plantaires sont en extension. Depuis douze heures, le malade est anurique, il ne tarde pas à manifester de l'hydrophobie et à présenter des soubresauts musculo-tendineux. Les signes généraux sont alors : température à 41° ; pouls : 140 ; tension artérielle : 10-8 ; azotémie : 1 gr. 98.

Ce tableau dramatique, évocateur de l'hypercatabolisme des syndromes malins, de pronostic fatal immédiat, nous incite à tenter une hibernation classique de Laborit.

Une heure après avoir préparé le malade par une injection intra-muscu-

laire de 100 mgr. de dolosal associé à 50 mgr. de phénergan, on procède à l'induction pharmacodynamique de l'hibernation.

A ce moment, le tableau clinique s'est encore aggravé, comme en témoignent la cyanose des ongles, le nez pincé, les yeux excavés, l'hypotonie des globes oculaires et l'opalescence de la cornée. Le tremblement a fait place à la carphologie ; la respiration est devenue stertoreuse ; la déshydratation est extrême ; le réflexe cornéen est très diminué et l'azotémie continue son ascension ; elle atteint 2 gr. 12 deux heures après le dosage précédent.

L'électro-encéphalogramme montre alors un micro-voltage au-dessous de 10 μ V. avec effacement des fréquences α et apparition de quelques ondes δ isolées. Celles-ci vont se compléter et remplacer toutes les fréquences α par des ondes de 1 à 2 chocs par seconde.

Après dénudation d'une saphène interne, on installe, à demeure, un trocart à perfusion. Un flacon de 500 cm³ de sérum glucosé isotonique sera le véhicule de la mise en train pharmacologique de la thérapeutique. A partir de ce moment, le pouls, la température et le rythme respiratoire sont notés toutes les quinze minutes ; la tension artérielle est suivie au tensiographe et l'azotémie est dosée à intervalles réguliers de deux heures. A 13 h. 30, on ajoute au liquide de perfusion 200 mgr. d'aneurine, puis, à 13 h. 50, 600 mgr. d'amide procainique. A 14 h. 05, on injecte, dans le tube de perfusion, 2 cm³ du mélange M1 de Laborit. Le reliquat (4 cm³) sera injecté par fractions de 1 cm³ toutes les quinze minutes, mais de façon différente : le premier cm³ par l'intermédiaire du tube de perfusion, les trois derniers cm³ seront ajoutés au sérum. Cette manière de procéder évite une hypothermie trop brutale. Dès que la température baisse régulièrement, on procède à la réfrigération. Dans le cas particulier, nous avons appliqué trois vessies de glace (15 h. 15). A 16 h. 15, le sérum véhiculant les derniers cm³ du mélange M1 est épuisé. L'induction pharmacodynamique de l'hibernation proprement dite est terminée.

A ce moment, le malade présente l'aspect bien particulier du malade hiberné, avec cette dissociation frappante, entre l'état clinique rappelant celui d'un sommeil profond, et l'état bioélectrique cérébral, qui ne témoigne que d'un sommeil du premier degré. Cliniquement, notre malade repose calmement, sans aucun mouvement, ni soubresaut musculaire ; le réflexe cornéen est aboli ; le Babinski bilatéral persiste ; le pincement n'entraîne pas de réaction réflexe, ni de réponse tachycardique ; l'absence de cette dernière indique une neurolyse suffisante. Bref, cette symptomatologie en impose pour un état de coma ; par contre, les signes neuro-végétatifs, particulièrement alarmants, s'améliorent : la sudation disparaît, la polyprée passe de 20 à 18, la cyanose unguéale s'éclaircit, l'hyperthermie, de 41° est tombée à 39°, le pouls qui battait à 128 se stabilise à 100, la tension artérielle est à 11-5 ; par contre, l'azotémie atteint 2 gr. 20, signant la malignité. L'électro-encéphalogramme montre dans toutes les dérivations des ondes δ de 1 à 2 chocs par seconde, de 50 μ V.

Pour l'entretien de l'hibernation, l'épuisement pharmacologique des différentes drogues employées, et les dangers d'un surdosage sont évités en effectuant des substitutions de médicaments à l'intérieur d'un même groupe pharmacodynamique. Le cocktail n° 1, perfusé à partir de 16 h. 15, comprend : 4560 R.P., 50 mgr. ; phénergan, 50 mgr. ; dolosal, 70 mgr. ; diparcol, 200 mgr. ; procaine, 700 mgr. ; vitamine C, 500 mgr. ; aneurine, 100 mgr. ; sérum glucosé isotonique, 500 cm³. La rapidité de la chute thermique sera fonction du débit de la perfusion ; l'hyperthermie étant encore à 39°, c'est

dire que ce dernier sera rapide, de façon à maintenir une déconnexion suffisante. Le cocktail est épuisé, au bout de trois heures. Entre-temps, une thérapeutique anabolisante est entreprise : stérandryl, 50 mgr. en injection intra-musculaire. A 19 h. 30, fin du premier cocktail : la température est à 37°5, le rythme respiratoire à 16, le pouls bat toujours à 100, la tension artérielle est à 13-5. L'ascension hyperazotémique est bloquée : après avoir atteint 2 gr. 27 à 17 h. 30, l'urée, à la fin du cocktail, se chiffre à 2 gr. 25.

Dans le cocktail n° 2, analogue au premier, la dose de procaine est légèrement augmentée (800 mgr.). A 22 h. 15, fin de ce cocktail ; le tableau clinique témoigne d'une dissolution psycho-motrice moins profonde ; c'est ainsi qu'apparaissent des mouvements automatiques de mâchonnement ; la sensibilité à la piqure est très nette : le malade émet quelques grognements accompagnés du retrait du membre intéressé. La température est à 36°4, le pouls entre 100 et 108, la tension artérielle est à 19-9, l'hyperazotémie amorce une regression à 2 gr. 10. Le sondage vésical n'a ramené que quelques cm³ d'urine foncée ; l'examen chimique et cyto-bactériologique de cette urine montre : une albuminurie à 2 gr. 25, de nombreux leucocytes, des cellules vésicales et du bassinnet, des cellules rénales, absence de germes visibles. A 22 h. 30, un instantané hépatique montre : cholestérol total, 2 gr. 25 ; cholestérol estérifié, 1 gr. 50 ; rapport, 0,65 ; tests de MacLagan, de Kunkel et de Gros, négatifs ; l'épreuve de van Slyke donne une densité du sang total à 1.063, une densité de plasma à 1.034, soit une valeur protéinique à 138 % ou 92 gr. 5 de protéines ; le taux d'hémoglobine est à 96 %.

Au cours de la perfusion de ce deuxième cocktail, l'électro-encéphalogramme, pratiqué à deux reprises différentes (20 h. et 21 h. 30), objective : une atténuation progressive des rythmes lents, qui vont être remplacés par un rythme θ de base, que module déjà l'ébauche d'un rythme α à 10, 12 chocs par seconde. L'aspect morphologique est celui d'un état de sommeil léger.

Pour le cocktail n° 3, la dose de procaine est portée à 1 gr. 20, les vitamines sont supprimées et le sérum salé isotonique est utilisé comme véhicule de perfusion. On remarquera l'identité des différents mélanges utilisés ; ce 3° cocktail sera peu efficace et même dangereux puisque de légers signes de surdosage en diparcol et phénergan (quelques accès de toux, une bronchorrhée discrète) nous obligent à interrompre la perfusion. Le 20 juillet, à 1 h. 30, la température est à 35°8, le pouls à 104 et le rythme respiratoire à 13 ; l'azotémie se maintient à 2 gr. 10 ; une nouvelle injection intra-musculaire de 50 mgr. de stérandryl a été pratiquée. L'électro-encéphalogramme, au cours de cette période diffère peu du précédent : ondes θ de 3 à 4 chocs par seconde modulées finement par l' α qui réapparaît.

Le cocktail n° 4 est composé de : sulfate de spartéine, 150 mgr. ; 4560 R.P., 50 mgr. ; amide procaïnique, 700 mgr. ; sérum salé isotonique, 500 cm³. Il sera utilisé jusqu'à 4 h. 45, moment auquel il se produit un « décrochage » de l'hibernation : la température, qui était à 35°2 à 4 h. 15, remonte à 35°5 à 4 h. 45 ; un réamorçage est obtenu en injectant dans le tuyau de perfusion 2 cm³ du mélange M1, tout en composant un cocktail plus énergétique par l'association procaïne-amide procaïnique. Le cocktail n° 5 sera composé de 4560 R.P., 50 mgr. ; dolosal, 50 mgr. ; sulfate de spartéine, 100 mgr. ; diparcol, 200 mgr. ; procaïne, 1 gr. ; amide procaïnique, 500 mgr. ; subtosan, 500 cm³. Ce cocktail sera utilisé de 4 h. 45 jusqu'à épuisement complet et permettra d'obtenir une hibernation profonde. A 11 h., fin de ce dernier sérum, le tableau est le suivant : le malade est d'un calme impressionnant, la somnolence est superficielle ; le réflexe cutané plantaire est en

flexion, le réflexe cornéen est présent, la sensibilité à la piqure ou au pincement est nette ; l'oxygénation est excellente, comme en témoigne la coloration des lèvres et des ongles. Un sondage vésical effectué à 6 heures a ramené : 800 cm³ d'urines fortement colorées. La température est à 32°1, bien que la réfrigération ait été réduite : les trois vessies de glace renouvelées périodiquement ont été ramenées à deux lorsque l'hypothermie a atteint 34°, puis à une seule vessie, en-dessous de 33°. La tachycardie est également réduite, le pouls bien frappé bat à 72, nous insisterons sur cette réduction de la tachycardie ; le rythme respiratoire est à 12, la tension artérielle à 20-13. Cette amélioration clinique (rétablissement de la diurèse, réduction de la tachycardie) contraste fortement avec le syndrome biologique azotémique qui, loin de s'améliorer, dessine une aggravation ; les dosages répétés ont donné les résultats suivants : 2 heures, 2 gr. 08 ; 4 heures, 2 gr. 15 ; 6 heures, 2 gr. 08 ; 8 heures, 2 gr. 10 ; 10 h. 30, 2 gr. 30. L'électro-encéphalogramme, à 10 heures puis à 11 heures, montre des ondes θ atténuées et n'apparaissent plus qu'isolément, le rythme α est de faible amplitude (moins de 10 μ V.), mais il est de plus en plus régulier et structuré. Nous décidons de ne pas poursuivre plus avant l'hypothermie et de maintenir la température le plus longtemps possible au-dessous de 35°. Nous composons un 6° cocktail, identique au 5°, mais dont le débit de perfusion sera fortement réduit. La lenteur de la perfusion et l'arrêt de la réfrigération permettront de ne pas descendre au-dessous de 31°8. De 12 heures à 14 heures, la température oscillera entre 31°8 et 32° et le pouls entre 68 et 72, la tension artérielle est à 19-9 ; un nouveau sondage ramène 500 cc. d'urine, dont la coloration est moins accusée ; l'hyperazotémie est toujours élevée : 2 gr. 32 à 12 h. 30, 2 gr. 28 à 14 h. 30. A ce moment, nous pratiquons une nouvelle injection de 50 mgr. de stérandryl. Le 21 juillet, à 1 heure, la situation est la suivante : le cocktail n° 6 est toujours en perfusion, mais à très faible débit ; le malade continue à sommeiller ; la température est à 33°3 ; le pouls oscille entre 76 et 83, la tension artérielle est à 18-9. Les chiffres de l'azotémie sont les suivants : le 20 juillet, à 16 heures : 2 gr. 15 ; à 18 heures : 2 gr. 23 ; à 20 heures : 2 gr. 22 ; à 23 heures : 2 gr. 24. Le 21 juillet, à 1 heure : 2 gr. 05 ; 900 cc. d'urine ont été recueillis par sondage.

Pensant que l'hibernation ne parviendrait pas à faire tomber l'hyperazotémie, nous décidons de procéder à des injections intraveineuses de chophtol dilué dans de l'eau distillée, de façon à réaliser une solution hypotonique. C'est ainsi que, de 1 heure à 3 heures, le malade reçoit trois ampoules de chophtol et 140 cc. d'eau distillée. Après une légère élévation de l'urée à 2,13 (taux relevant probablement d'un processus de mobilisation), celle-ci tombe à 2 gr. 03 à 7 heures. A ce moment, la température est à 35°4, le pouls à 88, et la dernière tension artérielle à 18-7. La diurèse reste satisfaisante (300 cc. à 4 heures). La somnolence a fait place à l'état vigile ; le malade répond aux différentes questions posées ; c'est ainsi qu'il nous dit qu'il se sent « très bien » et qu'il n'apprécie pas l'eau qu'on lui donne à boire. Il est à remarquer qu'au moment où il nous fait part de ses réflexions, l'hypothermie est encore à 33°5. S'il est habituel, en hibernothérapie, d'insister sur le bon pronostic de ce contraste entre état vigile et hypothermie, il n'en reste pas moins que, pour notre part, nous demeurions très pessimistes, en raison de l'hyperazotémie. Le réchauffement à 37° est toutefois décidé et nous préparons, à cet effet, un cocktail peu actif, mais cependant capable d'éviter un réchauffement brutal. Aux 500 cm³ d'un sérum glucosé isotonique, nous ajoutons : 4560 R.P., 25 mgr. ; sulfate de spartéine, 50 mgr. ;

anecurine, 100 mgr. Nous appliquons en même temps une thérapeutique anabolisante et de réchauffement : stérandryl, prostigmine, thyroxine, héparine. A 10 heures, le malade, dont l'état de conscience est excellent, présente une température à 37° et un pouls à 100. Entre-temps, 350 cm³ d'urine ont été recueillis ; par contre, l'azotémie reste à 2 gr. 03. Une nouvelle injection intraveineuse de chophytol, dilué dans 50 cm³ d'eau distillée, amènera une légère régression à 2 gr. à 11 heures, puis 1 gr. 95 à 12 h. 30. Une épreuve de van Slyke à ce moment montre : densité du sang total, 1.061 ; densité du plasma, 1.034, soit une valeur protéinique à 139 %, ou 93 gr. de protéines %. Le taux d'hémoglobine est à 88 %. Le dosage de l'urée urinaire (16 gr. 15) témoigne d'une bonne élimination ; l'albuminurie est à 0,65.

L'hibernation proprement dite est terminée ; la phase suivante va présenter deux périodes : l'une d'ondulation catabolique, témoin d'un syndrome malin subaigu, puis, cinq jours après l'hibernation, apparaît une broncho-pneumonie par déglutition.

Le syndrome malin subaigu a réagi à la thérapeutique combinée, associant électro-chocs et injections intraveineuses de chophytol. On retiendra comme élément essentiel de l'amélioration la chute progressive du taux de l'azotémie : le 21 juillet, 1 gr. 85 puis 1 gr. 70 ; le 22, 1 gr. 66, 1 gr. 55, 1 gr. 50 ; le 23, 1 gr. 35, 1 gr. 25, 1 gr. 12, 1 gr., 0 gr. 92 ; le 24, 0 gr. 83, 0 gr. 64 ; le 25, 0 gr. 50 ; le 26, 0 gr. 45. C'est à cette date qu'apparaît le tableau clinique de broncho-pneumonie, qui cédera aux antibiotiques.

Un électro-encéphalogramme de contrôle présente des ondes symétriques dans toutes les dérivations de 30 à 50 μ V. et de 8 à 10 chocs par seconde. Quelques groupes d'ondes θ persistent, témoignant peut-être de l'importance de l'atteinte cérébrale. Signalons, pour terminer, qu'à sa sortie du service, le malade présentait une urée à 0 gr. 30.

Cette observation appelle quelques commentaires sur la technique, sur les observations physio-cliniques, sur les résultats.

1° *Sur la technique* : l'hibernation n'est obtenue qu'en employant des doses considérables de ganglioplégiques : 400 mgr. de largactil dans ce cas particulier. La réfrigération n'a été appliquée que de façon prudente, à l'aide d'un nombre restreint de vessies de glace (trois au maximum). L'hypothermie profonde paraît d'autant plus stable qu'elle est obtenue plus lentement. La réfrigération ne peut être mise en train qu'après neurolyse complète ; il convient de s'abstenir de tout « forçage » en multipliant le nombre de vessies de glace. La réfrigération n'a de valeur qu'en fonction de la neuroplégie ; sinon, des effets contraires à ceux recherchés, telle qu'une tachycardie impressionnante, risqueraient d'apparaître. La tachycardie ne s'est réduite que sous hibernation profonde, c'est-à-dire au-dessous de 35°.

Nous n'avons pas employé d'atropine dans la composition du mélange lytique. Nous pensons qu'en face de ces syndromes hyperthermiques avec catabolisme protidique aussi marqué, il y a intérêt à inhiber, avant tout, le système sympathique ; la vagotonie ne pouvant qu'aider l'anabolisme.

2° *Sur les observations physio-cliniques* : la malignité du délire aigu des alcooliques est signée par l'hyperazotémie, l'hyperthermie, la pâleur, l'anurie, et par les signes électro-encéphalographiques.

L'état bioélectrique du cerveau paraît être le meilleur indice de pronostic. Il permet de suivre les progrès obtenus sous hibernation. La réapparition de l' α à un stade d'hypothermie profonde paraît prouver que la cellule cérébrale retrouve un équilibre de ses processus d'oxydation et récupère ainsi sa valeur fonctionnelle. L'électro-encéphalogramme est donc un complément utile en hibernothérapie.

L'hyperazotémie ne s'est pas réduite en dépit de l'hibernation. Que faut-il incriminer ? Déconnection insuffisante, hibernation insuffisamment prolongée ou insuffisamment profonde ? En faveur de cette dernière hypothèse, nous retiendrons une expérience récente chez l'un de nos malades qui présentait une hyperazotémie à 1 gr. 10 ; nous avons pu assister à la réduction de cette dernière sous hibernation très profonde (30°2).

3° *Sur le résultat* : il convient de remarquer que le syndrome subaigu persistant après l'hibernation a été accessible à l'action des électro-chocs ; on pourrait admettre que l'organisme avait récupéré, à ce stade, une plasticité réactionnelle suffisante, pour tirer bénéfice d'une thérapeutique de choc.

La séance est levée à midi.

Le secrétaire général :

X. ABÉLY.

Séance du 22 novembre 1954

**Présidence : M. B. LOGRE, président
et M. Paul ABÉLY, vice-président**

Avant de donner la parole à M. le professeur H.-T. STECK, de Lausanne, le *président* lui souhaite la bienvenue et le remercie de sa collaboration aux travaux de la Société.

COMMUNICATIONS

Le syndrome extrapyramidal et diencephalique au cours des traitements au largactil et au serpasil, par le professeur H. STECK (de Céry-Lausanne).

Les nouveaux traitements à la chlorpromazine (largactil), introduits dans la pratique psychiatrique par la clinique psychiatrique du professeur J. Delay, ont trouvé en Suisse une large diffusion. La clinique psychiatrique universitaire de Bâle (Pr J.-E. Staehelin) a publié la première des résultats fort encourageants de cette nouvelle médication, qui correspondaient à des hypothèses sur l'origine diencephali-

que de certaines psychoses. Une posologie assez différente de celle publiée dans les travaux français (Congrès de Luxembourg, 1952, et de Pau, 1953, Société médico-psychologique) doit être relevée ici parce qu'elle me paraît être en rapport avec la symptomatologie que je me propose de décrire.

Tandis que les publications françaises indiquaient comme doses thérapeutiques 75 à 100 mgr. de largactil par jour, par voie intramusculaire, et 150 mgr. au maximum par voie orale, la clinique de Bâle utilise couramment 150 à 250 mgr. par voie intramusculaire et 300 à 400 mgr. par voie orale. A Cery, où nous utilisons le largactil depuis 1953, nous employons 4 à 8 ampoules (100 à 200 mgr.) par jour pendant une dizaine de jours environ, passant ensuite à un traitement *per os*, allant jusqu'à 16 ou 24 comprimés (400 à 600 mgr.) par jour, distribués en trois doses par jour.

Je ne veux pas donner ici une statistique détaillée de nos cas, réservée à des publications ultérieures. Rappelons seulement que le nombre des malades soumis à cette médication s'élève à 77 hommes et 232 femmes, groupant avant tout des schizophrènes chroniques chez lesquels les résultats nous ont apparu des plus intéressants. Sur les 232 femmes traitées, 86 ont pu quitter l'hôpital. Chez les hommes, 26 sur 77 traités.

Ainsi, dans une division de femmes agitées chroniques, l'agressivité, le gâtisme, la claustration, etc., ont complètement disparu. Des malades réfractaires à l'insuline et à l'électrochoc sont devenus sociables, capables d'être incorporés à un groupement de travail. La prise de contact par une psychothérapie de groupe nous paraît le complément indispensable de cette nouvelle médication.

Au sujet du danger qu'un tel dosage pourrait comporter, nous pouvons dire que, sur environ 300 traitements, nous n'avons vu apparaître que deux fois des ictères de quelque importance, et qui ont disparu rapidement lors de la cessation de la médication. Par contre, nous avons eu *trois décès* à déplorer :

1) une déprimée de 46 ans, avec forte hypertension, a subi, après une cure d'opium et d'insuline inefficace, une cure de largactil pendant un mois et demi ; une semaine après cessation de la cure, elle a eu un ictus hémorragique de la capsule interne ;

2) une sénile de 80 ans, après quelques jours de médication, est décédée d'une embolie pulmonaire ;

3) une sénile agitée de 67 ans est décédée après une période fébrile de trois jours, survenue après une médication prolongée de onze mois !

Pendant la saison d'insolation estivale, nous avons constaté chez quelques malades des érythèmes solaires très marqués, et parfois une boursofflure du visage rappelant l'œdème de Quincke. La symptomatologie la plus marquante est un véritable syndrome extrapyramidal. [Au symposium du 28 novembre 1953, à Bâle (*Archives suisses*

de neurologie et psychiatrie, n° 73, 288-369, 1954), on y a fait allusion].

Dès l'été 1953, nous fûmes frappés de l'apparition d'un syndrome parkinsonien très développé, chez une malade chronique, sujette à des accès d'agitation cyclique sur un fond schizophrénique. La malade réalisait un tableau, qui nous était bien connu, du parkinsonisme postencéphalitique, avec rigidité motrice musculaire, trémor, séborrhée faciale, une sialorrhée marquée et une ébauche d'akathisie. Depuis l'année passée, nous avons noté ce syndrome chez au moins 78 malades, sur 232 femmes traitées, et, dans une révision récente faite sur une centaine de malades actuellement encore en traitement, nous avons relevé chez 53 des symptômes qui constituent un syndrome extrapyramidal classique, et sur 77 hommes traités il fut constaté dans 33 cas.

L'aspect qui frappe au premier coup d'œil est l'attitude un peu figée, la démarche sans balancement des bras, le faciès sans mouvement, comme un masque, qui paraît au surplus comme huilé par une séborrhée faciale marquée, comme jadis chez les postencéphalitiques, et un tremblement qui peut porter sur les mains, mais aussi sur les extrémités inférieures. Il vient s'ajouter chez quelques-uns une forte salivation avec écoulement de la salive.

Les troubles de l'accommodation ne sont pas rares. Dans le stade plus prononcé viennent s'installer une démarche à petits pas et une véritable rigidité extrapyramidale, avec phénomène de la roue dentée. Dans quelques rares cas nous trouvons une kinésie paradoxale, une inquiétude, une impossibilité du malade à se tenir en place, à se concentrer, une véritable akathisie, symptôme qui nous occupera encore plus loin avec le serpent.

Ce tableau akinétique produit parfois un spectacle assez impressionnant, surtout frappant lorsque nous voyons nos malades se promener en groupes, donnant l'image d'une procession un peu triste. Et pourtant cette entrave n'est que rarement signalée comme étant désagréable. Nos malades, contrairement à ce qui se passait chez les postencéphalitiques, ne ressentent que rarement la diminution de l'initiative, de la pulsion motrice. Comme jadis chez nos postencéphalitiques, nous avons constaté que nos malades, qui paraissent figés, sont capables de se mouvoir avec plus d'aisance lorsqu'elles sont poussées par une musique de danse. Ce syndrome est passager et complètement réversible. Sa fréquence chez nous paraît déjà nous indiquer qu'il est en rapport avec le dosage que nous employons. Il se développe, au plus tôt, vers la fin de la deuxième semaine de traitement, mais aussi parfois plus tard, et coïncide avec le maximum du dosage. Il peut disparaître complètement lorsqu'on arrive à des doses d'entretien telles que nous les utilisons pendant des semaines et des mois chez des malades chroniques et parfois sous contrôle ambulatoire.

Jusqu'à présent, nous n'avons pas pu établir de corrélations très

sûres entre la maladie, la constitution et l'apparition du syndrome extrapyramidal. En dehors de la schizophrénie, nous l'avons rencontré chez 2 débiles agitées et chez 4 sur 10 séniles agitées.

Par ailleurs, l'apparition fréquente du syndrome chez nous est certainement en rapport avec le fort dosage que nous employons. Ce dosage qui, comme je viens de le dire, ne paraît pas présenter de danger chez les schizophrènes, a été admis dans les cliniques suisses traitant les schizophrénies chroniques qui ne sont influençables que par des cures d'emblée énergiques et prolongées.

Dans les cas aigus (schizophrénie, manie aiguë), la médication au largactil ne doit pas nécessairement être aussi poussée, et l'apparition du syndrome extrapyramidal est discrète.

Récemment, la clinique du Burghölzli (P^r Bleuler) a lancé l'emploi de la réserpine, ou serpasil (*Rauwolfia serpentina*) pour le traitement des psychoses avec les mêmes indications que le largactil (Weber, *Journal suisse de médecine*, 84.968, 1954). L. Deniker a signalé son emploi au récent congrès de Liège. La clinique de Zurich a réuni un symposium le 7 octobre.

Dans une de nos divisions d'hommes agités nous avons substitué le serpasil au largactil parce que ce dernier avait provoqué chez le chef-infirmier de cette division un eczéma allergique, qui récidivait même lorsque l'infirmier touchait seulement la literie d'un malade en traitement au largactil.

L'effet sédatif du serpasil sur les excitations maniaques paraît assez analogue à celui du largactil. Les doses employées chez nous varient entre 1 et 2 mgr. par jour dans les dépressions légères et jusqu'à 20 mgr. dans les excitations schizophréniques aiguës. La maison Ciba a fabriqué le conditionnement d'un dosage dix fois plus fort que celui qui est utilisé en clinique médicale pour le traitement de l'hypertension artérielle.

Comme l'a déjà signalé Weber, de la clinique du Burghölzli, nous constatons dans plusieurs cas une apparition plus précoce du syndrome parkinsonien qu'avec le largactil. Parmi les premiers symptômes nous marquons une hypersalivation intense, une séborrhée marquée, une disparition du clignement des yeux.

Dans quatre cas, nous avons constaté un parkinsonisme très marqué, avec rigidité musculaire et kinésie paradoxale, une akathisie avec propulsion marquée, qui pousse le malade à se mouvoir constamment, à sortir de son lit, à présenter avec insistance et d'une manière collante toujours les mêmes demandes. Réalisant le tableau qu'on avait jadis rencontré chez certains postencéphalitiques, particulièrement chez des malades jeunes, nos malades se plaignaient tout à coup d'insomnie et devenaient bruyants la nuit. Cet état d'excitation paradoxale nous obligea à interrompre la cure ou diminuer fortement les doses.

Nos expériences ne sont pas encore assez étendues pour pouvoir

nous prononcer sur la valeur thérapeutique du serpasil qui, dans certaines psychoses avec hypertension, nous paraît cependant utile.

Nous devons aussi signaler que nous avons eu un décès à déplorer dans les conditions suivantes :

une malade atteinte de dépression endogène avec hypertension avait reçu du serpasil en dose médicale ; elle reçut deux électro-chocs parfaitement supportés ; après le 3^e, elle se réveilla, se leva deux heures après et présenta un collapsus mortel. L'autopsie décela de multiples petites embolies pulmonaires, dont l'origine n'est pas déterminée. La relation avec la médication au serpasil paraît aussi douteuse.

La clinique de Zurich a avancé que le serpasil ne produirait pas l'effet euphorisant du largactil et n'entraînerait pas le danger d'une toxicomanie qu'on aurait observé à Zurich avec le largactil. Nous n'avons constaté jusqu'à présent aucun état de besoin ni aucune avidité pour le largactil pouvant faire craindre une toxicomanie. En revanche, nous trouvons chez les malades traités au serpasil, en liaison avec le syndrome parkinsonien décrit plus haut, un état d'impulsivité nettement dysphorique.

Notre propos n'est pas aujourd'hui de discuter la valeur indéniable de ces nouvelles thérapeutiques. Nous espérons qu'elles nous délivreront peu à peu des méthodes trop violentes des chocs. Elles n'ont pas encore remplacé les cures d'insuline, que nous continuons à pratiquer. Elles ne paraissent pas avoir un effet aussi décisif que l'électrochoc sur la dépression mélancolique, et ceci est à retenir, vu l'action indéniable du serpasil et du largactil sur le syndrome maniaque. L'inhibition mélancolique et les états de stupeur ne profitent pas nettement de la nouvelle médication, qui ne fait qu'accentuer l'hypotonie psychique.

Il nous paraît déjà acquis que la leucotomie est appelée à disparaître complètement de notre arsenal thérapeutique. Le largactil, même s'il produit passagèrement une certaine hypophrénie, ne produit pas de lésion durable et incontrôlable. A en juger d'après nos collectivités de malades qui sont tranquilisés, et en même temps redevenus sociables, nous pensons que cet état n'est pas dû à une mutilation de la personnalité. La syntonisation régressive de Barahona Fernandès est souvent une régression durable dans quelques cas, sans grand profit pour le malade, tandis que la thérapeutique médicamenteuse nous permet de l'associer à une psychothérapie collective très poussée. Dans aucun cas traité par le largactil nous n'avons rencontré une atteinte psycho-organique aussi régressive que certaines séquelles de leucotomie.

Barahona Fernandès, dans son excellent rapport du congrès de 1950, a déclaré que la leucotomie ne constituait pas seulement une méthode thérapeutique, mais également un important instrument de recherche. Ceci est certainement vrai aussi pour le largactil et le serpasil, et me conduit au dernier chapitre de mes brèves remarques.

La nouvelle thérapeutique me paraît apporter en effet une contribution expérimentale à la thèse de la localisation diencéphalique d'un grand nombre de troubles psychotiques, théorie qui a été défendue en Suisse par le P^r Staehelin, et par nous-même, depuis de longues années, et qui a trouvé à Paris un défenseur particulièrement brillant en la personne du professeur J. Delay et de son école.

En poussant l'analogie entre la symptomatologie de l'encéphalite léthargique et la symptomatologie créée par le largactil et le serpasil, on arrive à la constatation suivante.

La toute première phase de la cure de largactil nous montre une phase initiale de somnolence, si bien décrite par MM. Delay et Deniker. Cette phase correspond à la période léthargique de l'encéphalite. Elle disparaît après quelques jours pour faire place, dans un important nombre de cas (environ 40 %), à un syndrome parkinsonien tel que nous l'avons vu apparaître après plusieurs semaines et mois dans le parkinsonisme postencéphalitique. Il s'agit là d'un phénomène de raccourcissement de l'évolution, ou de concentration dans le temps, qu'on produit lorsqu'on fait dérouler un film plus rapidement. La localisation extrapyramidale et diencéphalique de l'encéphalite léthargique étant incontestée, il est permis de conclure que la médication au largactil et au serpasil connaît les mêmes points d'attaque. Même si la symptomatologie ne se développe que très discrètement, n'est-il pas permis d'admettre qu'il s'agit alors seulement d'une légère influence sur les mêmes centres, atteignant par exemple d'abord les fonctions psychiques d'un niveau supérieur aux fonctions neurologiques, selon une gradation jacksonienne.

C. v. Monakow voyait, dans l'invasion déréglée de la cénesthésie, dans la sphère des instincts et des pulsions, une des modalités de l'emprise organo-psychique que Mignard avait mise en évidence pour la schizophrénie. La leucotomie a prétendu interrompre ce circuit pathologique. Le largactil le fait avec moins de dégâts.

Nous voudrions, du reste, encore évoquer pour terminer plusieurs expériences réalisées par la nature. Nous avons constaté, il y a trente ans, que des schizophrènes chroniques étaient améliorés lorsqu'ils étaient atteints d'encéphalite et développaient un syndrome parkinsonien. [Dans le symposium consacré au largactil à Bâle, le 28 nov. 1953, le P^r Staehelin a également rappelé cette observation].

Je ne sais pas si l'explication proposée entre autres par le P^r Staehelin de l'antagonisme des maladies nous avancerait beaucoup. Je pense plutôt qu'il s'agit directement de la mise hors circuit d'un mécanisme nerveux, d'un appareil mal synchronisé, par l'inhibition passagère due au médicament ou aux lésions dans l'encéphalite léthargique.

Il faut aussi rappeler que l'évolution normale des psychoses hyperkinétiques (Motilitätspsychosen, de Kleist), et de certaines catatonies aiguës, nous faisait assister dans le temps, lorsque notre thérapeutique était encore dans l'expectative (bains), à des phases d'agitation suivies de phases stuporeuses et akinétiques, qui guérissaient ensuite

spontanément. L'akinésie provoquée par nos nouvelles médications induit plus rapidement qu'habituellement la phase d'inhibition qui suit la phase d'excitation, réalisant encore une fois le phénomène du raccourcissement temporel. Il ne faut pas oublier que nos interventions troublent parfois l'histoire naturelle de la folie, qui connaît aussi des guérisons spontanées.

DISCUSSION

M. P. DENIKER. — J'ai été très vivement intéressé par la communication du professeur Steck, qui apporte un élément vraiment nouveau dans l'étude de ces deux médicaments neuroplégiques et psychoplégiques que sont la chlorpromazine et la réserpine, à propos desquelles les travaux de la clinique du professeur Delay ont été rappelés. Je voudrais poser à l'auteur une question concernant le type nosologique des malades chez lesquels il a observé des syndromes extra-pyramidaux ou parkinsoniens — il y a d'ailleurs une nuance entre ces deux termes. S'agissait-il de schizophrènes ? Chez ces malades, en effet, nous avons été amenés comme les auteurs suisses à user de doses de chlorpromazine supérieures à celles qui suffisent à traiter par exemple un maniaké. Néanmoins, nous dépassons rarement 350 milligrammes par jour et n'avons pas atteint de dose supérieure à 500 milligrammes. Dans ces conditions, nous n'avons jamais vu de syndromes extra-pyramidaux. Peut-il s'agir, chez des catatoniques, de modifications des troubles du tonus par la médication ?

En ce qui concerne la réserpine, nous avons la pratique des plus hautes doses et dans un cas — sur une centaine — nous avons observé un tremblement marqué. Par son ampleur et par son rythme, cette trémulation se rapprochait fort du *tremblement physiologique*, tel que l'engendrent le froid, l'émotion, la fatigue.

M. G. DESHAIES. — Nous devons remercier le professeur Steck de son intéressant exposé, qui appelle cependant quelques remarques.

L'opinion du professeur Steck va jusqu'à présenter comme un bénéfice thérapeutique le syndrome extrapyramidal offert par ses malades, car ces troubles témoigneraient d'une sorte d'accélération évolutive des étapes d'un processus d'encéphalique, si j'ai bien compris.

L'étonnante fréquence du syndrome extrapyramidal, que nous n'avons pas encore observé chez nos malades, résulte évidemment de la haute posologie employée, le double du maximum que nous ayons jusqu'à présent prescrit. Bien que le professeur Steck souligne la réversibilité de ce syndrome, on peut craindre que, dans bien des cas, des lésions soient acquises, dont les effets deviendraient irréversibles. Cela souligne les dangers possibles du largactil, dont on commence à abuser.

Quant aux résultats thérapeutiques, comme toujours nous retrouvons des divergences tenant en partie aux différences de nosologie. Je suppose que le professeur Steck entend la schizophrénie, par exemple, au sens très large, bleulérien, ce qui explique pour une grande part les trop beaux résultats obtenus.

M. P. LÔO. — L'apparition du syndrome extra-pyramidal au cours du traitement par le largactil, parfois aussi à l'occasion d'une injection de privenal, évoque une sorte de libération de latences pathologiques.

Ces faits, la constatation de méningites séreuses fréquentes au cours des lobotomies, quelques résultats inespérés par des traitements anti-infectieux dans certaines psychoses, nous incitent à penser que peut-être beaucoup de syndromes mentaux relèvent de processus infectieux de l'encéphale.

Conformément à cette conception organiciste, vers laquelle des faits nombreux nous ont fait évoluer, nous traitons les psychoses par les antibiotiques, avant toute thérapeutique classique.

M. S. FOLLIN. — J'ai été très intéressé par l'importante communication de M. le professeur Steck. Personnellement, utilisant le largactil depuis très longtemps, je n'ai jamais observé de syndrome extra-pyramidal tels que ceux qui viennent de nous être décrits. Au maximum, comme tout le monde, j'ai pu constater des états d'obnubilation psychique légère, vraisemblablement du type de ceux que M. le professeur Steck a appelés des états d'hypotonie psychique.

Il semble que la raison principale soit ici les doses employées. Personnellement, je n'ai jamais dépassé la dose de 300 mgr. de largactil par jour, c'est-à-dire la moitié des doses utilisées par le présentateur.

Je crois qu'il y a lieu de tenir le plus grand compte de ces différences de doses lorsque l'on veut aborder le problème du mécanisme d'action du produit. Il y aura lieu également de tenir compte du moment du traitement. Je rappelle à cet égard la communication présentée récemment ici même sur les récidives de l'onirisme sous l'action des mêmes doses de largactil qui avaient entraîné le sommeil, la veille, chez certains malades atteints d'accès subaigus alcooliques.

Il est d'autres faits qui ne plaident pas en faveur d'une action diencéphalique du largactil, telle, par exemple, son action sur l'activité hallucinatoire dans les délires chroniques, comme l'a montré récemment M. Sigwald dans un article de « La semaine des hôpitaux », n°s 51 et 52 du 10 au 14-8-1954, et comme j'ai pu moi-même le vérifier, 10 à 12 comprimés atténuent considérablement l'activité hallucinatoire et délirante, et 2 à 4 comprimés d'entretien maintiennent cette réduction sans action curative cependant sur les convulsions délirantes elles-mêmes.

Je comparerai également le syndrome observé par M. le professeur Steck aux premiers signes d'intoxication par le lithium, dont on connaît maintenant l'action remarquable sur les états d'excitation maniaque. On y observe les mêmes tremblements de caractère extra-pyramidal. Il suffit de baisser les doses pour les voir disparaître. Il ne viendrait cependant l'idée à personne de dire que le lithium a une action spécifiquement sous-corticale. On sait qu'il se répartit dans l'organisme de façon diffuse et a une action biologique complexe encore mal déterminée.

En principe, nous considérons extrêmement dangereuse toute généralisation pathogénique sur l'action d'un centre cérébral localisé, les relations sous-cortico-corticales sont complexes, vont dans les deux sens et la plus grande prudence s'impose dans l'interprétation des faits.

Gyrectomie pariétale bilatérale chez trois fillettes arriérées atteintes de syndrome de Little, par MM. A. SOULAIRAC, P. DESCLAUX et M^{lle} S. AUSSAGUEL (1).

Nous rapportons les observations de trois fillettes arriérées, atteintes de syndrome de Little, qui subirent une gyrectomie pariétale bilatérale, dans le but d'améliorer leurs troubles spasmodiques. Les interventions habituellement pratiquées pour la maladie de Little consistent, soit en interventions d'ordre sympathique (Hunter et collabo-

(1) Fondation Vallée, Hôpital de Bicêtre.

rateurs), soit en sections plus ou moins importantes des racines postérieures (Foerster, Klein). Feld a récemment préconisé la cordotomie postérieure, dans le but de supprimer les afférences proprioceptives, électivement véhiculées par les faisceaux de Goll et de Burdach. Notre hypothèse de travail était d'intervenir de façon encore plus élective en enlevant les aires de projections corticales correspondant aux segments de membres spécialement intéressés par la paraplégie spasmodique. Chez nos trois malades, l'intervention a consisté en une excision de tout le cortex situé en arrière du gyrus moteur, sur une hauteur de 3 centimètres en dedans et de 6 centimètres en dehors, l'excision s'étendant en arrière jusqu'à la première veine occipitale. Cette excision a été faite des deux côtés, soit en un seul temps, soit en deux temps. Toutes les interventions ont été faites par le D^r Pertuiset, que nous tenons à remercier particulièrement.

OBSERVATION 1. — Paulette S..., 17 ans, quotient intellectuel = 0,57 (Termann) présente une paraplégie spasmodique des membres inférieurs avec cuisses en adduction, genoux demi-fléchis, genu valgum bilatéral, pieds varus équin. La démarche est en ciseaux, les genoux restant en contact, les épaules et le tronc se propulsant à chaque pas. L'épreuve de la montée de l'escalier est très difficile. La force musculaire est très limitée aux fléchisseurs, nulle aux pieds. Les mouvements passifs sont très limités, surtout pour l'abduction des cuisses, la flexion et l'extension des pieds. Les réflexes des membres inférieurs sont vifs et polycinétiques, il existe un signe de Babinski à gauche. La sensibilité est normale.

L'encéphalographie gazeuse ne révèle aucune anomalie importante.

L'intervention est pratiquée en deux temps.

1° Gyrectomie droite : la malade déclare spontanément le lendemain de l'opération que, du côté gauche, elle s'aperçoit d'une sensation nouvelle de présence de son membre inférieur ; il ne lui est pas douloureux mais elle en a conscience de façon plus nette. Du côté droit, elle a l'impression d'une facilité plus grande à mouvoir son membre inférieur qu'avant l'opération. Dans les semaines qui suivent apparaît une dysgraphie caractérisée par un trouble de la formation des lettres et l'impossibilité de suivre une ligne horizontale. Ces troubles étaient tout à fait nouveaux et ne s'accompagnaient d'aucune modification objective de la motricité et du tonus aux différents segments des membres supérieurs. Ils se sont amendés spontanément au bout de deux mois environ.

2° Gyrectomie gauche trois mois plus tard : on ne peut noter après cette intervention aucun phénomène comparable à ceux précédemment décrits.

Résultats éloignés : dans les mois qui suivirent apparut une amélioration de la spasmodicité caractérisée par la disparition du déhanchement au cours de la marche et l'élévation du pied était plus aisée grâce à un assouplissement et une amplification des mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse et de l'extension du pied sur la jambe. En résumé, modifications qui provoquèrent une amélioration nette du syndrome de Little.

Par ailleurs est apparue, après les deux interventions, une agnosie des deuxième, troisième et quatrième orteils à gauche et à droite, rappelant les phénomènes décrits par Gerstmann pour le membre supérieur.

OBSERVATION 2. — Thérèse D..., 16 ans, quotient intellectuel = 0,44 (Ter-mann), présente une paraplégie spasmodique des membres inférieurs, permettant la station debout et la marche sans soutien, mais provoquant une démarche en ciseaux à prédominance gauche avec antépulsion de la hanche. On note un genu valgum (G+) et un varus équin. Les réflexes des membres inférieurs sont vifs et polycinétiques, avec un signe de Babinski bilatéral. La sensibilité est normale.

Les deux gyrys sont enlevés le même jour.

Le lendemain apparurent des troubles sphinctériens à type d'incontinence, qui persistèrent une quinzaine de jours. De plus, l'enfant ne pouvait, ni se lever, ni manger seule. Sous l'influence d'une invigoration psychique, en quelques minutes, elle se tint à nouveau assise et en deux jours elle buvait et mangeait seule. La reprise de la marche fut plus lente. Cependant, la force musculaire et l'équilibration n'étaient pas perturbées. La malade se comportait comme si elle ne savait plus marcher et avait perdu toute confiance dans la station debout. Si on lui tenait un coin du vêtement, sans lui apporter aucune aide, ce simple contact lui permettait d'avancer.

Résultats éloignés : la marche a pu être reprise au bout d'un mois et demi. Dans ce cas, également, on a pu noter une nette amélioration de la spasticité. Les mouvements des membres inférieurs demeurent plus amples et plus souples aux différents fléchisseurs.

La malade présente également une agnosie des deuxième, troisième et quatrième orteils aux pieds droit et gauche.

OBSERVATION 3. — Georgette G..., 10 ans, quotient intellectuel = 0,31 (Ter-mann) présente une paraplégie spasmodique très importante avec hyper-extension permanente des pieds (malgré une ténotomie achilléenne pratiquée trois ans auparavant). La marche n'est possible que sur la pointe des pieds. Les réflexes des membres inférieurs sont vifs et polycinétiques, avec un clonus du pied surtout à gauche. Il existe un signe de Babinski bilatéral. La sensibilité des membres inférieurs est assez faible et, en particulier, on n'observe presque pas de réactions aux massages violents.

Les deux interventions droite et gauche sont pratiquées à huit jours d'intervalle.

Après l'intervention, la malade peut appuyer les deux talons sur le sol mais ne peut ainsi se tenir en équilibre du fait de la rétraction qui s'était faite après la ténotomie antérieurement pratiquée.

En outre, elle se plaignait de souffrir d'un nodule cicatriciel situé à la jambe droite, dont elle n'avait jamais souffert auparavant. La sensibilité au massage était particulièrement vive. Cette modification de la sensibilité a persisté pendant quatre mois. Malgré l'amélioration de la spasmodicité, l'enfant paraissait ne plus savoir marcher et notamment ne pouvait pas reprendre une démarche digitigrade.

Résultats éloignés : une ténotomie achilléenne large fut alors pratiquée des deux côtés et, grâce à un plâtrage pratiqué pendant quatre mois, aucune rétraction ne s'est produite par la suite. Il a fallu toutefois réapprendre à l'enfant à marcher comme si elle avait perdu le double usage de ses membres inférieurs. Actuellement, cette marche se fait le pied à plat, sans aucune raideur, et le syndrome de Little est considérablement amélioré.

Ces trois observations permettent quelques commentaires sur le plan thérapeutique et sur le plan physiopathologique.

La gyrectomie pariétale a provoqué chez nos trois malades une amélioration indiscutable du syndrome de Little : la spasmodicité a nettement régressé et la marche en a été grandement facilitée. Toutefois il ne semble pas que les résultats ainsi obtenus dépassent l'importance des améliorations réalisées par les autres méthodes chirurgicales, et en particulier par les techniques utilisant l'interruption des voies de la sensibilité profonde au niveau de la moelle.

Certaines modifications consécutives à l'intervention sont intéressantes à signaler pour ce qu'elles apportent à notre connaissance de la physiopathologie du lobe pariétal. La première observation signale certaines perturbations du schéma corporel, assez bien objectivées par les déclarations de la malade. On peut y rattacher la dysgraphie, que certains auteurs ont voulu expliquer par une modification de la symétrie droite-gauche.

Les phénomènes d'astasia-abasie, constatés dans les observations 2 et 3, semblent également en rapport avec des troubles du schéma corporel : les deux malades semblaient ne plus savoir comment utiliser leurs membres pour marcher. Il faut également signaler dans la troisième observation l'augmentation temporaire de la sensibilité tactile et douloureuse des membres inférieurs.

Enfin, nous croyons également pouvoir rapprocher de certaines perturbations du schéma corporel les troubles agnosiques intéressant les deuxième, troisième et quatrième orteils, bien mis en évidence dans les deux premières observations, et sans doute non objectivés chez notre troisième malade en raison de son niveau mental particulièrement bas.

Présentation d'un film sur le comportement des enfants arriérés devant le miroir, par MM. S. SHENTOUB, A. SOULAIRAC et M^{me} RUSTIN (1).

Ce film représente toute une série de groupes d'enfants arriérés mis en présence de leur image spéculaire, et permet d'étudier les différentes modalités de comportement.

Pour les besoins de la présentation, les réactions ont été réunies selon quatre grands groupes.

Premier groupe, où les arriérés ne manifestent aucun intérêt spéculaire pour le miroir et leur image.

Deuxième groupe, où on observe un début d'intérêt pour l'image, ou une reproduction plus ou moins stéréotypée d'un comportement

(1) Fondation Vallée, Hôpital de Bicêtre.

quelconque : sourire figé, auto-mutilation, masturbation, etc... Dans ce groupe, on ne peut mettre en évidence aucune reconnaissance d'autrui dans le miroir.

Troisième groupe, où l'on observe une nette ébauche de relation avec l'image spéculaire, accompagnée de réactions affectives plus ou moins nettement extériorisées : refus, crainte, etc...

Quatrième groupe, où sont réunies les observations montrant des relations complexes relevant de stades évolutifs très différents.

En conclusion, l'étude des images de ce film montre combien l'aliénation mentale perturbe les réactions devant le miroir ; on y illustre également l'impossibilité de relier les réponses faites par des arriérés à des stades correspondant à un âge défini de l'enfant normal.

Une amélioration spectaculaire par chlorpromazine intraveineuse après cure de Sakel, par MM. P. BROUSSOLLE et A. SCHERR.

De nombreuses publications ont été déjà faites à propos des effets du largactil en neuropsychiatrie, administré surtout par voie buccale ou intramusculaire. Pour notre part, nous utilisons souvent le 4560 R.P. en perfusions intraveineuses, ceci en début de cure, dans les différents syndromes d'agitation. Ce traitement d'attaque semble nous avoir donné des résultats plus rapides que la voie intramusculaire, notamment dans des états paranoïdes anciens, avec excitation cérébrale et forte agressivité.

Nous voulons exposer un cas qui nous a particulièrement frappés, dans lequel quelques perfusions vinrent très rapidement à bout d'un syndrome complexe, sur lequel une cure de Sakel avait eu peu d'effet.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une malade de 50 ans, qui entra en mars 1952 dans un service libre de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, à Lyon.

Son hospitalisation se fit dans les circonstances suivantes : de passage en gare de Lyon-Perrache, Mlle Ja... eut une violente altercation avec la préposée des water-closets ; elle contestait la redevance qui lui était réclamée, la trouvant trop élevée ; en proie à une très forte colère, elle faillit en venir aux voies de fait. La police dut intervenir et l'emmenier afin de faire cesser le scandale.

A son entrée à l'hôpital du Vinatier, elle présente un délire d'influence à thème de préjudice et de persécution à base interprétative et hallucinatoire, dont le début remonte à plusieurs mois (Dr P. Carrier). Son comportement très perturbé commande aussitôt l'internement.

Les certificats du Dr Christy font état d'un syndrome psychopathique complexe caractérisé par un état d'excitation cérébrale avec propos décousus et peu cohérents, des idées délirantes de persécution mal systématisées, une constitution paranoïaque, une agitation intermittente.

L'observation des semaines suivantes confirme le diagnostic de schizo-

phrénie à forme paranoïde, étant donné l'importance des phénomènes d'automatisme mental, la diffuence de la pensée, l'absurdité, l'incohérence du délire. L'éventualité d'un accès maniaque atypique chez une paranoïaque est écartée.

Les examens somatiques et biologiques de la malade furent à cette époque négatifs ; seul était à retenir un léger goître nodulaire.

L'agitation et l'agressivité de la malade augmentèrent tant et si bien qu'elle dut être placée au bout de dix mois dans un pavillon cellulaire, et ce malgré quelques électro-chocs et une pyrétothérapie à l'huile soufrée.

Elle présentait alors des phénomènes d'automatisme mental indiscutables : influences électriques troublant sa pensée, la dirigeant, l'irhissant.

Son état général s'altérant progressivement et son comportement ne changeant pas, on décida de la remettre, après dix mois de cellule, dans son pavillon d'origine, de peur que l'atmosphère carcérale et de contention prolongée ne la détériore définitivement.

Au cours d'un examen complet, nous étudions alors son passé, dont voici un bref résumé :

Mlle Ja... est une Dauphinoise de modeste origine (père maréchal-fer-rant) ; sa mère fit jadis un séjour en clinique psychiatrique. Son frère mourut d'une laryngite tuberculeuse quand la malade avait 18 ans ; tels sont les antécédents familiaux notables.

Dans ses antécédents personnels, on relève une broncho-pneumonie dans sa première enfance, qui ne l'empêcha pas de suivre une bonne scolarité primaire. Elle était alors de caractère gai, enjoué et facile. Admise aux P.T.T., elle gravit rapidement les échelons de son Administration. Sa compétence, son initiative, son zèle, lui valurent des postes de confiance dans la surveillance des services téléphoniques. Sa carrière s'était poursuivie sans interruption jusqu'à sa maladie actuelle.

Ces dernières années, toutefois, elle avait consulté pour une légère hypertrophie thyroïdienne. Un métabolisme basal pratiqué en 1950 avait montré une diminution de 12,5 %.

Mlle Ja..., qui avait son poste à Paris, fut promue en mars 1951 surveillante du service téléphonique à Valence. Cette mutation, motivée peut-être par un comportement déjà troublé, lui déplut. Elle conserva son domicile parisien, dans l'espoir d'un retour ultérieur. Elle changea plusieurs fois d'hôtel à Valence, pour des raisons obscures.

Quoi qu'il en soit, c'est sur les difficultés rencontrées dans son installation à Valence que la malade rejette la responsabilité d'une fatigue nerveuse excessive pour laquelle, après examen d'un spécialiste, elle est mise en congé de longue durée, à partir de janvier 1952.

Venue se reposer en Isère, à Pont-de-Beauvoisin, auprès de sa vieille mère aveugle, elle devient quérulente et présente des phénomènes hallucinatoires : elle adresse par lettres recommandées diverses protestations à l'Administration des P.T.T. et à des industriels qui seraient à l'origine des perturbations du réseau électrique qui alimente sa maison. Elle sortait de moins en moins et se montrait très hostile envers les gens du pays, qu'elle rendait responsables de ses ennuis. Elle ressentait des décharges électriques dans son jardin et dans les ressorts de son divan. Elle avait l'impression qu'elle entendait sa propre pensée (phénomène qui s'accroît plus tard après quelques électro-chocs).

C'est au cours d'un voyage entrepris par Mlle Ja... pour tenter de régler

sa situation professionnelle auprès de l'Administration centrale des P.T.T. à Paris que lui survient à la gare de Lyon la mésaventure que nous avons relatée et qui motiva son hospitalisation.

Le bilan que nous pratiquons lors de son arrivée dans notre service montre qu'elle a peu changé depuis son hospitalisation, c'est-à-dire depuis vingt mois ; la même prolifération délirante est sous-tendue par une sthénicité, une agressivité qui exigèrent, pour la conserver au service sans moyen de contention, une compréhension remarquable de la part du personnel infirmier.

Après avoir pratiqué les examens biologiques courants, nous décidons de tenter une cure de Sakel, que la malade accepte très difficilement. Nous nous arrêtons après 40 comas, les doses d'insuline maximum ayant été de 100 unités. Il n'y a pratiquement pas de changement, tout au plus une baisse de sthénicité.

Cinq ou six jours après l'arrêt de la cure de Sakel, nous commençons une série de perfusions quotidiennes de largactil à la dose de 50 milligrammes dilués dans 500 cc. de sérum physiologique, le temps d'écoulement durant environ une heure. Comme elle avait fait pour la cure d'insuline, Mlle Ja... proteste avec véhémence mais se plie à nos consignes.

A la 7^e perfusion, notre malade se trouve profondément métamorphosée : troubles psycho-sensoriels et idées délirantes ne sont plus extériorisés ; une conversation détendue et sensée devient possible.

Aux perfusions, nous faisons succéder des injections intra-musculaires quotidiennes de 50 mgr. pendant dix jours, puis 100 mgr. par jour par voie orale.

L'amélioration se poursuit rapidement : Mlle Ja... est sociable, retrouve sa coquetterie féminine et déploie harmonieusement de nombreuses activités. Nous pouvons l'envoyer dans un atelier d'ergothérapie.

Le traitement au largactil a donc duré 25 jours en tout. C'est pendant ce court laps de temps que nous avons assisté à une transformation spectaculaire de notre malade, qui permet de la faire partir dans sa famille en mars 1954.

Lorsque nous l'avons examinée quelques jours avant sa sortie, nous avons trouvé qu'elle critiquait assez bien la période de sa maladie ainsi que ses prodromes. Elle convient que son caractère était devenu irascible et qu'elle avait exagéré l'importance des petits préjudices qu'elle avait subis jusqu'à celui qui devait la conduire à l'internement. Elle garde toutefois une certaine réserve à notre égard ; elle est avare en remerciements. Une légère réticence nous empêche de lui faire préciser le contenu de ses paroxysmes délirants.

Une lettre, puis une visite d'elle ont confirmé au début la bonne évolution de sa convalescence. Elle a entrepris les démarches nécessaires pour sa reprise de service.

Puis une enquête sociale récente (9 novembre 1954) nous apprend que son congé de longue durée a été prolongé de trois mois et qu'elle est exaltée, volubile, à nouveau méfiante.

Ces derniers renseignements nous montrent combien notre malade demeure fragile. Sa rechute est possible, d'autant plus que nous n'avons aucun moyen de lui faire suivre un traitement d'entretien, le réseau d'hygiène mentale étant inexistant dans sa région.

Mais ces restrictions n'enlèvent rien au caractère spectaculaire de l'amé-

lioration. Un tableau psychotique remontant à deux ans et demi ou trois ans s'est effacé brusquement au cours d'un traitement de largactil intraveineux. Les avis de tous les neuro-psychiatres qui virent la malade convergeaient vers l'idée d'un pronostic grave et écartaient l'hypothèse d'une cyclothymie dont la sédation aurait par ailleurs curieusement coïncidé avec la thérapeutique.

Sans entrer dans une controverse étiopathogénique, nous voulons seulement apporter cette observation clinique au dossier des neuroplégiques dont l'action est indiscutable dans des syndromes jugés autrefois comme désespérants, insistant tout particulièrement sur l'utilisation de perfusions intraveineuses, qui semblent provoquer dans certains cas des améliorations plus rapides.

L'action de la chlorpromazine dans les schizophrénies, par MM. J. LABOUCAIRÉ, A. RASCOL, L. BENICHOU.

Divers auteurs, depuis 1953, utilisent en thérapeutique psychiatrique l'action isolée de la chlorpromazine (largactil). Ces techniques, qui visent essentiellement la mise au repos du système neurovégétatif, sont décrites sous les termes divers d'hibernothérapie (Delay, Deniker et Tardieu, 1953), de psychoplégie transitoire (Chatagnon et Chanoit, 1953), de cure neuroplégique (Delay et Deniker, 1954). La technique habituelle consiste à administrer la chlorpromazine, soit par voie intramusculaire, en quatre injections, et à la dose quotidienne de 100 à 150 mgr.; soit par voie buccale, en comprimés répartis à la dose de 150 à 300 mgr. par jour. L'alitement, qui peut s'imposer les premiers jours, devient rapidement inutile. Après une phase de quelques jours, où peut s'observer une certaine somnolence, se trouve réalisé un état mental particulier, sur lequel ont insisté Delay, Lehmann, caractérisé entre autres par une neutralité émotionnelle et affective, mais sans altération de la conscience vigile, ni de l'activité intellectuelle. Le traitement doit être prolongé et parfois poursuivi pendant de longs mois.

Nous ne voulons retenir ici que les résultats de ces cures neuroplégiques dans les schizophrénies. Déjà, Delay, Deniker et Tardieu, dans leur première publication (1953) mentionnaient les effets favorables sur les phases d'excitation et d'agressivité, et sur l'anxiété au début de ces affections. Chatagnon et Chanoit (1953), dans leur communication, présentée ici-même, renaient de bons résultats dans quatre cas d'excitation schizophrénique, et par contre quatre échecs pour deux bons résultats seulement dans six cas de schizophrénies impulsives. Thiébaux et Bayer (1953) observaient, sur 13 schizophrénies évoluant depuis de nombreuses années et, point important, ayant résisté à toute thérapeutique de chocs, une rapide disparition de

l'obnubilation un accroissement de l'intérêt, un déblocage affectif et une reprise de l'activité sous l'influence de la chlorpromazine. Il est vrai que Boittelle (1953), sur 23 schizophrénies, ne retient que des améliorations symptomatiques, portant sur l'impulsivité et l'agitation, sans observer de modification réelle de la structure schizophrénique. Enfin, tout récemment, Sigwald et Henne (1954) publiaient des résultats saisissants dans certaines psychoses délirantes chroniques, que l'on peut rapprocher de certains états paranoïdes que nous étudions.

Nous rapportons ici nos premiers résultats : sur une série de 12 schizophrènes soumis à la cure neurolégique, presque tous à la suite d'échecs des diverses thérapeutiques de choc. Il s'agit sans doute de résultats encore récents, de quelques mois seulement, mais dont la netteté est telle qu'elle nous paraît justifier leur publication. Voici le résumé de ces 12 observations.

Dans les schizophrénies aiguës ou récentes, nous comptons quatre résultats favorables, dont trois correspondent à une guérison pratique. Dans les trois premiers cas, la cure neurolégique fut appliquée après de longues séries d'électrochocs, dont l'efficacité, initialement appréciable, était devenue nulle, ne donnant que des résultats symptomatiques de moins en moins nets, et de moins en moins durables. La cure neurolégique fut appliquée alors que devait être mise en œuvre une cure de Sakel.

OBSERVATION 1. — Edouard B..., 28 ans, début des troubles : 7 mois. Syndrome schizophrénique aigu avec délire oniroïde, à thème de persécution et d'influence ; grosse activité hallucinatoire avec anxiété intense, pantophobie ; réactions d'opposition, alternant avec des périodes plus calmes où s'affirmaient des troubles de dépersonnalisation typiques. Longues séries d'électro-chocs, sans résultats durables. Largactil, 12 comprimés par jour : disparition progressive et rapide en une dizaine de jours de l'activité hallucinatoire, des idées d'influence et de toute anxiété. Au bout de quatre semaines, critique parfaite des expériences délirantes passées, comportement synchrone, retour à la personnalité prémorbide, reprise de la vie normale (traitement maintenu).

OBSERVATION 2. — Jean D..., 25 ans, début des troubles : 4 mois. Schizophrénie aiguë avec délire paranoïde, sans déficit confusionnel, anxiété paroxystique, agitation, réactions agressives et impulsives. Séries d'électro-chocs. Groupés sans résultats. Largactil intra-musculaire sept jours puis en comprimés, et associés à un électro-choc hebdomadaire pendant un mois : disparition progressive du délire, de l'anxiété, de l'agitation, reprise d'un comportement normal et des conditions de vie antérieure (traitement maintenu).

OBSERVATION 3. — André S.-M., 22 ans, début des troubles : 4 mois ; en fait, plusieurs mois auparavant, altération du caractère et fléchissement de l'activité, avec désintérêt. Délire paranoïde actif, avec interprétations symboliques et absurdes, idées d'influence, de dépersonnalisation, sans déficit confusionnel, avec paroxysmes anxieux intermittents. Plusieurs séries

d'électro-chocs, la plupart en séances groupées, sans résultat durable. La cure de Sakel envisagée ne peut être appliquée en raison d'un épisode pneumopathique suspect. Largactil, 12 comprimés par jour : dès les premiers jours, disparition de toute anxiété et, rapidement, réduction totale des interprétations délirantes avec critique exacte du vécu pathologique antérieur, sentiment de la guérison, comportement syntone, reprise de la vie familiale et professionnelle antérieure (traitement maintenu).

Dans le cas suivant, la cure neuroplégique fut appliquée seule avant les électrochocs.

OBSERVATION 4. — Rose P., 29 ans, début : 4 mois. Etat paranoïde avec conviction de la survivance de son père, mort depuis quinze ans. Anxiété intense, opposition, refus d'aliments. Le largactil entraîne rapidement la disparition de l'anxiété et de l'opposition avec retour d'un comportement adapté, mais, au bout de trois semaines, pas de modification notable de la conviction délirante, avec toutefois atténuation de l'autisme, puis la conviction s'atténue pour faire place à une rêverie délirante sans anxiété. Deux électro-chocs pratiqués au bout de cinq semaines, en même temps qu'est continué le largactil, entraînent la liquidation immédiate et totale et l'activité délirante résiduelle.

Dans les schizophrénies anciennes, nous enregistrons d'abord, dans deux cas de délire paranoïde, sans altération du fond mental, des résultats remarquables.

OBSERVATION 5. — Mme B., 30 ans, durée des troubles : trois ans. Début par délire de jalousie actif, inébranlable avec, depuis un an, tendances dissociatives, grosse activité hallucinatoire auditive, avec fausses reconnaissances, paroxysmes anxieux intenses et, par contraste, intégrité du fond mental. Cure de Sakel associée aux électro-chocs sans résultat. Electro-chocs groupés, résultats transitoires, puis nuls. Largactil, 14 comprimés par jour : rapidement, disparition des phénomènes hallucinatoires et des paroxysmes anxieux. Pendant une quinzaine de jours, persistance de la conviction délirante et de certaines tendances interprétatives, puis, durant la seconde quinzaine du traitement, critique du vécu pathologique antérieur, sous l'influence d'une psychothérapie active ; au bout d'un mois, la malade paraît guérie et reprend sa vie familiale antérieure en continuant le même traitement.

OBSERVATION 6. — Mme L., Alice, 36 ans, début : 3 ans. Délire de jalousie à structure paranoïde, avec interprétations symboliques, autisme, mais sans signes déficitaires importants. Pragmatisme sans anxiété. Plusieurs séries d'électro-chocs ne donnent que des rémissions transitoires avec persistance partielle des tendances délirantes et de l'autisme. Le traitement au largactil, appliqué après une nouvelle série d'électro-chocs groupés et à raison de 10 comprimés par jour, détermine la rectification de toutes les idées délirantes avec retour de l'équilibre thymique, disparition de l'autisme, retour d'un comportement normal (traitement poursuivi).

Les observations suivantes n'apportent que des succès relatifs, mais certains cependant appréciables.

OBSERVATION 7. — Emile S..., 23 ans. Début : 15 mois. Schizophrénie paranoïde, ayant débuté brusquement par un syndrome oniroïde anxieux avec, au bout de quelques mois, syndrome de dépersonnalisation, avec interprétations délirantes extensives, à thème de persécution, menaces graves contre ses parents, stéréotypie verbale. Alternance de paroxysmes anxieux et de périodes calmes. Cure de Sakel et séries d'électro-chocs aboutissent à une rémission importante, mais partielle. Reprise de l'activité délirante avec graves tendances agressives. Largactil, associé à des électro-chocs espacés pendant le premier mois. Disparition de l'anxiété, du délire, normalisation du comportement. Reprise de la vie familiale et d'une petite activité professionnelle (traitement maintenu).

OBSERVATION 8. — Emma L..., 37 ans. Début : 2 ans. Schizophrénie paranoïde avec idées délirantes de persécution et d'influence ; fléchissement idéo-affectif, comportement gravement discordant, phases catatoniques alternant avec des phases d'agitation et d'opposition. Cure de Sakel suivie d'une rémission transitoire, après quoi, claustration, agressivité, activité délirante et anxiété intense. Une série d'électro-chocs n'est suivie que d'une rémission très brève. A la suite d'une nouvelle série d'électro-chocs, traitement au largactil en comprimés : disparition de l'anxiété et de l'opposition. Persistance d'un délire résiduel, ne polarisant plus l'activité du sujet ; retour d'un comportement syntone, permettant la sortie de la maison de santé (traitement maintenu).

Les trois observations suivantes concernent des schizophrénies graves, anciennes, ayant été peu ou pas améliorées par la lobotomie, pratiquée après cures de Sakel et série d'électrochocs.

OBSERVATION 9. — Jacques C..., 34 ans. Début : 5 ans. Schizophrénie paranoïde avec poussées évolutives hallucinatoires et périodes intercalaires de délire interprétatif avec idées de persécution et d'influence, sans fléchissement important du fond mental. Rémission intermittente de quelques mois après Sakel et après lobotomie. Le largactil, 10 comprimés par jour, paraît modifier favorablement l'autisme délirant et normaliser le comportement, mais persistent les tendances interprétatives.

OBSERVATION 10. — Rose E..., 28 ans. Début : 2 ans. Etat paranoïde, avec syndrome d'influence et d'action extérieure et, peu à peu, élaboration d'un délire de filiation paraphréniforme. La lobotomie, pratiquée avant que nous fût confiée la malade, paraît n'avoir eu aucune influence sur l'activité délirante et sur le comportement autistique. Le largactil, appliqué après une courte série d'électro-chocs, entraîne une réduction progressive du délire, une diminution de l'autisme, et permet la sortie de la clinique ; persiste un comportement assez stéréotypé.

OBSERVATION 11. — Lucienne D..., 26 ans. Ancienneté des troubles : 8 ans. Schizophrénie délirante avec impulsions, opposition, agressivité, apragmatisme total. Après échec des cures de Sakel et d'électro-chocs, la lobotomie

avait donné une rémission transitoire de six mois. La cure au largactil ne donne qu'une légère atténuation de l'anxiété et de l'agressivité.

Enfin, dans cette dernière observation, d'un état catatonique périodique, non seulement nous n'enregistrons pas d'amélioration, mais nous constatons une aggravation.

OBSERVATION 12. — Lucette M., 33 ans. Ancienneté : 8 ans. Catatonie périodique, chaque fois réduite par électro-choc avec phases de rémission ne comportant qu'une faible détérioration mentale, traitée au cours d'un nouvel accès catatonique, mais pendant dix jours seulement, par largactil intramusculaire, sans résultat : on enregistre même une accentuation de l'inhibition idéo-motrice. L'arrêt du traitement au largactil et la reprise des électro-chocs entraînent une rémission complète.

L'interprétation de ces résultats peut susciter des discussions : d'abord, nous ne présentons ici que des résultats immédiats, ne portant que sur quelques mois, et nous connaissons bien la possibilité des rémissions spontanées dans les schizophrénies, comme nous les avons étudiées en particulier avec H. Ey et Barrès. Mais, sans forcer les faits, on est ici frappé par la concordance chronologique entre l'application du traitement et les transformations cliniques que nous avons observées. Et, quelle que soit l'étiquette nosographique que l'on puisse appliquer à certains de ces malades, il s'agit bien, soit de schizophrénies aiguës, correspondant aux états onéroïdes de Mayer-Gross, soit d'évolutions typiquement schizophréniques au sens bleu-lérien du mot. Plus difficile reste le problème d'un effet différé des thérapeutiques de chocs, antérieurement appliquées à ces malades soumis à la cure neurolégique. Mais, même si l'on n'accorde à cette dernière, dans plusieurs cas, qu'une action complémentaire, les effets thérapeutiques paraissent quand même importants. Et, surtout, ce qui nous paraît significatif, c'est que, dans la plupart des observations, la cure au largactil a agi, alors que la continuation des thérapeutiques de chocs n'était suivie d'aucun effet.

Nous devons souligner certains aspects de cette action thérapeutique : les effets de la chlorpromazine, dans ces états schizophréniques, portent d'abord sur les troubles excito-moteurs, sur l'anxiété, sur l'activité hallucinatoire, et, secondairement, sur l'activité délirante. La croyance à la réalité des expériences délirantes vécues persiste un certain temps, de même que les tendances interprétatives, mais progressivement le délire s'épuise, le malade sort de son autisme. Il n'existe pas ici, en dehors des cas où, bien entendu, les chocs ont ajouté de tels effets, ni d'amnésie thématique, ni de discontinuité brusque dans le vécu du malade. La critique joue peu à peu, particulièrement favorisée par l'action psychothérapique impossible auparavant et qui devient primordiale. La psychothérapie, en effet, devra se montrer particulièrement active et être réalisée au plus large sens

du mot, ce qui, en pratique, revient à remettre le sujet dans la meilleure situation vitale, d'où très souvent les sorties précoces de l'établissement de cure. Ainsi, on doit voir dans l'action de la chlorpromazine beaucoup plus qu'une action symptomatique ou sédatrice. Sans doute, comme dans toute thérapeutique psychiatrique, cette chimiothérapie agit favorablement sur la symptomatologie positive, et non sur les symptômes déficitaires : d'où les résultats favorables dans les schizophrénies aiguës et, parmi les formes anciennes, dans les schizophrénies paranoïdes avec conservation du fond mental, alors que dans les formes déficitaires les effets thérapeutiques, bien que non négligeables, porteront surtout sur les gros troubles réactionnels, agitation, opposition, impulsions. De plus, dans les états catatoniques, non seulement les résultats sont nuls, mais nous observons l'accentuation de l'inhibition idéo-motrice, que l'électrochoc est susceptible de réduire. Enfin, point capital, il apparaît bien que l'action du traitement est plus suspensive que curative, comme Sigwald et Henne l'ont souligné. D'où nécessité de cures très prolongées.

Sans entrer dans les discussions ou les hypothèses sur les mécanismes d'action de la chlorpromazine, bien étudiés en particulier par Dell et ses collaborateurs, constatons que le largactil agit réellement sur les altérations de la conscience et que c'est d'abord par l'épuisement de l'activité hallucinatoire et par la chute de l'anxiété, par la disparition de l'activité autistique, que le vécu du malade se transforme, que le sujet reprend contact avec le réel, au sens littéral du mot : qui ne verrait là des analogies avec les thérapeutiques de chocs, en particulier avec l'insulinothérapie ? Certes, nul n'oserait raisonnablement affirmer que la chlorpromazine va remplacer les thérapeutiques de chocs et qu'il serait prudent de trop différer celles-ci dans le traitement de certaines schizophrénies. Mais peut-être la chlorpromazine représentera-t-elle une chimiothérapie efficace dans certaines formes de schizophrénie, soit isolément, soit complémentirement à la convulsivothérapie. Nos résultats, bien que limités et récents, nous paraissent justifier de nouveaux essais.

DISCUSSION

M. G. DESHAIES. — Les conclusions de M. Laboucaré sont assez prudentes pour entraîner notre adhésion, non sans quelques réserves. Les traitements ne peuvent être valablement comparés que sur des cas présentant la même étape évolutive.

En effet, si je ne me trompe, les bons résultats observés par M. Laboucaré concernent des schizophrènes atteints depuis moins de trois ans. Or, on sait, en dehors même des incertitudes diagnostiques, combien sont plus fréquentes et plus faciles les rémissions dans les deux premières années de la maladie. Même dans ce cas, avec des doses de 100 à 200 mgr. de chlorpromazine, nous n'avons obtenu que des résultats symptomatiques, et nous dûmes recourir à l'électro-choc, et surtout à la cure de Sakel.

J'ai déjà traité de nombreux schizophrènes, malades depuis plus de cinq ans, avec des doses de chlorpromazine atteignant jusqu'à 300 mgr.

per os. J'ai obtenu parfois un effet sédatif, un meilleur contact, jamais de rémissions valables, de disparition de l'autisme, de l'inertie, *a fortiori* de la dissociation. Dans deux cas au moins, il y eut aggravation avec réapparition du gâtisme, que l'électro-choc avait auparavant supprimé.

L'effet sédatif de la chlorpromazine est certes intéressant, mais il paraît limité dans la schizophrénie chronique. Selon notre expérience, le plus efficace reste encore l'électrochothérapie et l'insulinothérapie, combinées aux diverses formes de psychothérapie, en attendant mieux.

M. M. LECONTE. — Je demande à M. Laboucarie quels sont ses critères de la schizophrénie ? Je vois à sa réponse qu'il s'agit pour lui d'une entité mentale et qu'en conséquence nous ne parlons pas le même langage lorsqu'il s'agit de thérapies étiologiques.

Une intervention préfrontale à la portée et du ressort électif du psychiatre, par M. Pierre MENER, Bégard (Côtes-du-Nord).

Les désordres que nous avons relevés chez nos lobotomisés d'une année au cours des deux années qui suivirent les interventions nous ont incités à rechercher une technique de psychochirurgie fonctionnelle moins mutilante, opérant des « ruptures » localisées de substance blanche préfrontale aussi minimales que possible, et permettant de réduire et abolir « électivement et sélectivement » les symptômes présentés, sans entraîner de syndrome postlobotomique.

Nous avons donc cherché à déterminer, partant de probabilités très sérieuses, le lieu où faire porter ces « disjonctions », et leur ordre de grandeur, en vue d'en obtenir l'effet optimum suivant l'aspect et la nature des troubles en cause : ancienneté, étendue des symptômes dans les différentes sphères psychologiques, importance de la détérioration psychique apparente... Nos constatations à ce sujet, sur 30 cas opérés depuis un an, nous autorisent à bien des espoirs et doivent faire l'objet d'une communication ultérieure.

Nous estimons dès maintenant qu'une interdépendance intime doit exister entre modalités opératoires et révélations du « bilan psychopathologique », et qu'il y a un intérêt primordial à l'exécution de l'acte psychochirurgical envisagé par le psychiatre lui-même. Il est en effet seul, à notre avis, à pouvoir fixer avec précision, en raison de la connaissance exacte qu'il possède des troubles psychiques du sujet, le siège et l'étendue des ruptures qu'il y a lieu de réaliser en vue de la libération mentale qui déclenchera les processus de guérison.

Pour nous, nous nous sommes déjà fait une idée sur les zones cérébrales qu'il y a lieu « d'attaquer » suivant le tableau clinique présenté, mais il est certain que chaque collègue en spécialisation pourrait avoir sur la question des vues différentes et régler différemment ses modalités d'intervention suivant ses convictions diagnostiques personnelles. L'acte psychochirurgical fonctionnel étant étroitement

fonction de l'interprétation psychiatrique des signes, il est parfaitement logique et souhaitable qu'il soit *inclus dans la nomenclature des actes de la spécialité psychiatrique*.

La réalisation de l'acte par le médecin-chef de l'hôpital psychiatrique lui-même évite dans bien des cas des frais élevés d'intervention et de déplacement du neurochirurgien.

Nous voulons nous borner aujourd'hui à exposer notre technique générale.

MM. Puech et Guilly, et Mme Lairy-Bounes, employaient, pour la disjonction de la substance blanche, le trocart à ventriculographie de Cushing. Ce trocart nous a paru un peu trop épais pour être déplacé librement au travers de l'orifice de trépanation, et pour que sa pénétration et sa mobilisation intracrâniennes ne soient pas relativement shockantes, cette épaisseur opposant une résistance sensible et regrettable au cheminement dans la substance blanche.

Aussi avons-nous fait réaliser une tige métallique cylindrique, graduée en centimètres, de 1 mm. 5 de section transversale et de 12 cm. de longueur, munie d'un léger curseur, glissant à pression, et qui nous permet d'évaluer aisément les longueurs d'introduction. Nous l'avons dénommé du terme « simpliste » d'*anxiotome*.

Nous pensons en effet, pour des raisons diverses, que le but recherché, qu'il s'agisse d'états dépressifs, mélancoliques, maniaco-dépressifs, voire maniaques, psychasthéniques, de perversité antisociale ou de la série schizophrénique, doit être uniquement la *rupture de l'anxiété morbide originelle*, qu'elle soit persistante ou dissipée, mais latente, épisodique ou permanente, subjective ou objective, profonde ou superficielle, et, par là-même, la rupture des connexions qui déclenchèrent cette anxiété, l'entretiennent ou en déterminent le « stress psychologique » (réactions variées à son agression).

Nous ne nous proposons pas d'abolir définitivement l'anxiété de la vie du sujet, ce qui serait un non-sens, mais de la réduire, la rendre « convenable », la normaliser, l'humaniser..., et restituer ainsi à l'esprit ses possibilités de se guérir lui-même...

L'anxiété pathologique peut s'étendre moins ou plus, être moins ou plus envahissante, et, par suite, se « promouvoir » sur des zones préfrontales, elles-mêmes moins ou plus importantes ou diversement localisées.

Nous avons tenu à ce que la section longitudinale de l'extrémité pénétrante de l'anxiotome ait un profil autant que possible *parabolique*, profil qui nous a paru le plus apte à éviter les perforations ou accrochages fâcheux.

Nous intervenons de chaque côté en un point de localisation légèrement variable de la région préfrontale, 6 à 7 centimètres au-dessus de la ligne orbito-auriculaire, sur la verticale à cette dernière, située à 2 ou 3 centimètres en arrière du rebord orbitaire.

L'intervention se pratique sans aide opératoire, une infirmière ouvre

les boîtes et les ampoules nécessaires. Aspirateur de liquides et bistouri électrique sont à notre disposition, mais en général ne sont pas utilisés.

Nous perforons le crâne au moyen du trépan à cliquet et des fraises de Doyen. L'orifice a de 12 à 16 millimètres de diamètre au niveau de la table externe, 8 à 12 au niveau de la table interne, suivant l'étendue que nous désirons apporter à la disjonction cérébrale, et aussi suivant l'épaisseur de l'os.

La largeur de l'orifice permet de voir nettement la surface corticale et de choisir le point le plus favorable pour la pénétration.

Nous repérons facilement la profondeur de la faux du cerveau avec notre tige graduée munie de son index.

Disons tout de suite que nous parlons de *ruptures*, de *disjonctions* de substance blanche, et non de leucotomies, car, l'instrument employé n'étant nullement tranchant et plat, mais parfaitement moussé et arrondi, il ne saurait s'agir d'incisions. Nous insistons sur la sécurité qu'offre cette particularité, et qui nous met à l'abri de sections regrettables de zones résistantes que l'on peut rencontrer. Aussi préférons-nous le terme de « leucoclase » à celui de leucotomie pour caractériser le genre de fissure réalisée. Par cette disposition, nous percevons les résistances tissulaires et évitons aisément de les vaincre ou même de les forcer, et jamais nous n'avons provoqué de saignement quelque peu notable.

Nous pensons pouvoir affirmer que les zones à disjoindre (anxiogènes) se laissent rompre sans difficulté, alors que celles qu'il y a lieu de conserver (intégrité de la personnalité) résistent davantage à la pression, comme s'il s'agissait pour les premières de néo-formations plus friables ?...

Nous estimons cette opération non mutilante en ce sens qu'elle se propose de détruire, et de détruire seulement, les connexions inutiles ou nuisibles, ne déterminant ainsi aucun déficit mental ou un déficit non apparent, largement compensé par la suppression des inhibitions. Nous avons parfois constaté, à la mobilisation de l'anxiotome, que la pression au niveau de certaines zones de résistance déclenchait des signes de souffrance : crispation dans les membres, gémissements, accélération respiratoire, révélant une *sensibilité de certaines régions blanches* et constituant pour nous un avertissement de ne pas insister...

Suivant l'inclinaison et l'orientation imprimées à l'instrument, nous réalisons dans un même plan des disjonctions plus ou moins antérieures, obliques ou verticales, l'étendue de l'angle de manœuvre et la profondeur étant elles-mêmes variables.

Le lieu de pénétration de l'anxiotome est punctiforme et non pas linéaire, comme celui du bistouri de Jackson. Il ne se produit donc pratiquement aucune lésion anatomique au niveau de la substance grise, d'où inutilité de créer une zone de coagulation au bistouri élec-

trique sur l'écorce cérébrale pour prévenir tout saignement, cautérisation qui est malgré tout de nature à entraîner une cicatrice de la corticalité.

L'anxiotome se manœuvre aisément au sein de la substance blanche, tout en demeurant à peu près immobile dans la substance corticale, où se trouve son axe virtuel de rotation. Son bout « parabolique » pénètre en « écartant » les tissus sans les dilacérer ; sa tige mince ne provoque, par son cheminement intracérébral, sur une profondeur de 3 à 5 centimètres, ni phénomène de shock, ni saignement appréciable. Aussi, bien qu'ayant à notre portée aspirateur de liquides, pince à coagulation et agrafes, n'avons-nous jamais eu à les utiliser.

Nous évitons évidemment tout point de résistance que nous rencontrons, d'autant plus s'il est sensible ou douloureux à la pression, ce qui se manifeste par les réactions du sujet. Toute injection de sérum chaud devient superflue, de même la suture de la dure-mère, qui n'a subi qu'une légère brèche de quelques millimètres.

L'intervention peut être terminée pour un côté dans un temps de vingt minutes environ.

Pas de phase stuporeuse ou confusionnelle postopératoire. Quelquefois, rarement, un peu de gâtisme urinaire. Aucune complication ni pendant ni après l'opération. L'atteinte de la corne ventriculaire n'est d'aucune conséquence. Elle est d'ailleurs exceptionnelle.

De syndrome postlobotomique, il ne nous a pas été donné jusqu'à présent d'en percevoir même l'ébauche.

Contrairement à ce qui se passe en général pour la lobotomie classique, nous ne constatons pas d'amélioration immédiate et spectaculaire du syndrome introversion, mais un « réveil » léger, qui sera suivi d'une amélioration *lente* et progressive, s'étendant sur la période de réadaptation jusqu'à complète guérison.

Disons dès maintenant que nous sommes intervenus avec prédilection dans des états dépressifs sévères, schizophréniques, à épisode originel anxieux, avec inertie, stupeur, catatonie, et des syndromes maniaques atypiques.

Nous ne voulons pas parler ici des résultats, disons tout de même que, soit dans le domaine mental proprement dit, soit dans le domaine pragmatique ou social, ils nous apparaissent globalement comme très encourageants.

Il semble que les habitudes mentales pathologiques acquises se soient dissipées progressivement, avec parfois des retours offensifs, suivant le processus courant de la perte d'habitudes mauvaises ou de vices banaux chez de non-psychopathes, le remède radical une fois appliqué. Et que la restitution dans l'intégrité se soit effectuée de la même façon que le rétablissement moral progressif, avec rechutes épisodiques transitoires, lors des grandes afflictions humaines sidérantes ou des états confusionnels postémotifs. Ce qui constitue à nos yeux un mode d'évolution favorable et naturel et nous rassure, alors

qu'une apparence d'amélioration subite et totale nous semble factice et suspecte.

La période de réadaptation, que nous évaluons de deux à six mois et plus, paraît devoir être d'autant plus longue que le syndrome traité est plus éloigné de la forme pure (anxieuse) et est plus ancien, et que, par suite, les leucoclastes ont dû être plus étendues, plus profondes, plus postérieures.

DISCUSSION

M. M. LECONTE. — Je crois qu'il convient de faire les plus grandes réserves sur les chances de développement de l'usage de l'anxiotome qu'on nous a présenté. Si j'ai bien compris, M. Munger préconise surtout cet appareil pour les hôpitaux indigents ne pouvant pas utiliser de neuro-chirurgien lorsqu'ils croient devoir faire de la lobotomie. Les indications sont donc, de toute façon, une raison plus administrative que médicale.

La fin des thérapeutiques de choc et l'avènement de nouvelles thérapeutiques psychiatriques actives. Le CH 36 et les formules dérivées, par MM. L. FOUKS, LAINE, GRIMAUD et DARIOTIS.

Les auteurs soviétiques paraissent avoir eu les premiers l'idée de traiter leurs malades mentaux par des solutions hypertoniques, en particulier par le sulfate de magnésie ou par une thérapeutique polyvitaminique, mais c'est au D^r Reichel que revient le mérite d'avoir associé ces deux médications. Le D^r Noessen, ardent défenseur de cette thérapeutique, insista sur ses heureux effets, particulièrement dans les syndromes névrotiques. Nous-mêmes, ainsi que les D^{rs} Charlin et Picart, avons pu confirmer les résultats signalés par le D^r Noessen.

L'emploi simultané de solutions hypertoniques et de complexes vitaminiques paraît indispensable si l'on veut obtenir un effet thérapeutique. Notre collègue, le D^r Blandin, a utilisé sans grand succès le sulfate de magnésie en solution hypertonique, et nous-mêmes avons utilisé, sans plus de résultat, des préparations polyvitaminiques. La conjonction de ces deux éléments : complexe vitaminique et solutions hypertoniques paraît indispensable pour obtenir un effet favorable.

N'ayant pu réussir à nous procurer du CH 36, nous avons été amenés à réaliser une formule substitutive. Au départ, nous avons essayé d'obtenir une formule aussi voisine que possible de celle du D^r Reichel. Très rapidement, nous avons été amenés à la compléter. Nous rapporterons ici très rapidement les principaux stades de cette expérimentation. L'adjonction d'extrait hépatique ne donna guère de résultats, il en fut de même pour l'hormone somatotrope. Les principales étapes qui signèrent au contraire une nette amélioration de la formule d'origine furent, dans l'ordre :

1° l'addition de vitamine B 12 à 1.000, puis 2.000 gammas ;

2° nous souvenant des résultats signalés par Golse avec la novocaïne intraveineuse, nous avons pensé que cette association permettrait peut-être d'accroître l'efficacité, et surtout d'étendre les indications à certaines psychoses hallucinatoires ; les résultats devaient rapidement confirmer nos prévisions ;

3° bien que l'effet de choc ait été beaucoup moins marqué qu'avec le CH d'origine, nous avons pensé qu'il serait souhaitable d'obtenir une action neuro-sédative, que le calcibronat permit de réaliser ;

4° enfin, nous avons estimé souhaitable d'accroître les effets toniques du CH 36 et, dans ce but, nous avons ajouté de l'alcool glucosé hépatisé (curéthyl A).

Nous avons ainsi réalisé la formule de base suivante.

Sulfate de magnésie à 15 %	15 cc.
Sérum glucosé à 30 %	10 cc.
Curéthyl A	10 cc.
Nicobion	5 cc.
Calcibronat	5 cc.
Totalbé	5 cc.
Novocaïne à 2 %	5 cc.
Vitamine B 12	2.000 gammas
Atropine	1/5 ^e de mgr.
Insuline	2 à 5 unités

Ainsi qu'on peut immédiatement le prévoir, l'inconvénient majeur de cette formule réside dans sa préparation, qui prend cinq à dix minutes et nécessite l'emploi d'une seringue d'un volume de 50 cc. au minimum.

En partant de cette formule de base, on peut, suivant les cas et les indications, faire varier la formule, ce qui permet d'obtenir un effet maximum et adapté aux différents besoins. Nous avons ainsi été amenés à utiliser essentiellement trois variantes : l'une, comprenant deux ampoules de calcibronat, plus spécialement indiquée dans les cures de sommeil, les états d'agitation et les confusions mentales ; l'autre, comprenant de la vitamine C à dose fortissima, plus spécialement indiquée dans les états dépressifs où dominent l'asthénie, l'apathie et la fatigabilité ; une troisième formule simplifiée, destinée aux cas légers que l'on est dans l'obligation de traiter en ville, comprend le complexe vitaminique B et B 12, ainsi que les solutions hypertoniques.

Depuis que nous utilisons cette formule complexe, nous avons pu étendre considérablement la gamme des indications, qui comprend tous les états aigus, en particulier les dépressions mélancoliques, ainsi que les psychoses hallucinatoires et surtout le délirium. Cependant les syndromes dépressifs, asthéniques et névrotiques restent les indications majeures.

Grâce aux cures de CH nous avons pu réduire considérablement les indications de l'électrochoc. Le volume de notre préparation dépasse 50 cc., aussi ne saurait-on l'injecter rapidement. Il en résulte que les

effets de choc, et tout particulièrement l'intense vasodilatation signalée par MM. Reichel et Noessen, sont très estompés. Cependant, l'effet thérapeutique paraît notoirement supérieur. C'est pourquoi nous ne croyons pas que l'action du CH découle d'une action diencéphalique de défense précoce. Plus probablement, il doit s'agir d'une action complexe, dans laquelle doivent être mis au premier plan l'action eutrophique, métabolique, cholalogue et dépurative, ainsi, très probablement, que la régularisation de la circulation encéphalique. Il convient de se rappeler que les solutions hypertoniques, ainsi que la novocaïne, ont une action bien connue sur l'œdème cérébral. Pour toutes ces raisons, il est vraisemblable que le CH régularise et améliore le métabolisme cérébral. Quoi qu'il en soit, l'amélioration de l'état général est souvent remarquable, et parfois même spectaculaire, elle conditionne l'amélioration de l'état mental. Cette action du CH sur l'état général est si marquée qu'il est vraisemblable qu'il doit avoir des indications en médecine générale, en particulier dans les états de déficience et d'asthénie physique. Signalons à ce sujet que nous avons pu obtenir chez certains séniles des résultats intéressants et parfois même brillants.

Le CH est une thérapeutique psychiatrique et ne saurait être pratiqué par un médecin non averti. Il nécessite en effet une excellente atmosphère psychothérapique et le plus souvent, surtout chez les malades hyperémotifs et anxieux, il est préférable de pratiquer la cure en milieu hospitalier. On évite ainsi bien des mécomptes. Chez des malades mal préparés, traités à domicile par des praticiens ayant eu connaissance de notre formule, nous avons vu survenir des états de choc qui furent à l'origine d'aggravations spectaculaires, avec agitation anxieuse, ayant nécessité l'hospitalisation d'urgence. Systématiquement, nous avons repris chez ces malades la même thérapeutique, en prenant bien soin de les prévenir que nous allions poursuivre cette thérapeutique dont ils gardaient une si grande terreur. Nous avons eu la surprise de constater que les troubles spectaculaires ne se sont pas reproduits et qu'au contraire la cure fut l'occasion d'une guérison rapide. Sauf exception, le CH ne doit pas être fait à domicile, il est préférable alors d'utiliser la formule simplifiée. La seule contre-indication médicale est réalisée par l'hypertrophie ventriculaire gauche. Chaque fois que nous avons essayé le CH dans de pareils cas, nous avons vu apparaître des troubles fonctionnels très certainement liés à l'insuffisance cardiaque latente de ces malades. A deux reprises seulement nous avons noté des états de choc suffisamment marqués pour nécessiter l'arrêt de la cure. Ainsi que nous allons le voir, le CH et la réserpine semblent avoir une action synergique particulièrement intéressante dans les états de dépression mélancolique (1).

(1) Nous tenons à remercier les laboratoires Chabre, qui nous ont fourni au départ du CH 36 en quantité suffisante pour une première expérimentation et qui ont bien voulu étudier la possibilité de réaliser notre mélange en une ampoule unique de 40 à 45 cc.

DISCUSSION

M. X. ABÉLY. — Les injections intraveineuses de sels divers de magnésium constituent une thérapeutique déjà ancienne. Elles ont été utilisées dans tous les cas où l'on pouvait présumer un œdème cérébral, dans le but de normaliser l'hydratation des cellules cérébrales à l'aide d'une modification de la tension osmotique du plasma. Elles ont été notamment employées dans le délirium tremens : dans certains pays étrangers, elles en représentent le traitement exclusif ; le bromure de magnésie a été recommandé (Antonades, 1940), le sulfate a été préconisé par le professeur Delmas-Marsalet (1942). Je l'ai moi-même essayé plusieurs fois dans le délirium, associé précisément à des vitamines diverses. L'adjonction de ce sel ne m'a pas donné de résultats appréciables. Les formules de Reichel et de Fouks contiennent d'ailleurs tous les éléments favorables au traitement des alcooliques aigus. L'originalité de Reichel a été d'appliquer cette thérapeutique à des états dépressifs et anxieux. Mais la complexité des formules ne permet pas de faire une discrimination suffisante de l'action de chaque produit utilisé. Comme le suggérait Blandin, la détente obtenue est peut-être due en partie aux sédatifs qui y sont incorporés. Le choc que produit pour son compte le sulfate de magnésie peut ne pas être exempt de danger en raison de l'effet exercé sur la cellule cérébrale s'il n'est pas appliqué à bon escient et s'il ne s'entoure pas de précautions préalables.

M. M. LECONTE. — Je ne doute pas que M. Fouks ait eu quelques difficultés en ce qui concerne les examens de laboratoire. En général, dans tous les hôpitaux psychiatriques où je suis passé, les principales difficultés ont été précisément du domaine des questions relatives au laboratoire.

La fin des thérapeutiques de choc et l'avènement de nouvelles thérapeutiques psychiatriques actives. La réserpine (serpasil), par MM. L. FOUKS, LAINE, GRIMAUD et DARIOTIS.

Lors du dernier congrès de Liège, notre attention a été attirée par une communication du professeur J. Delay et de ses collaborateurs sur les premiers essais en thérapeutique psychiatrique de la réserpine. Vivement intéressés, nous avons appris que Nocé et ses collaborateurs, à la suite de Hakim, signalaient des résultats surprenants. C'est ainsi que nous avons relevé dans le rapport de Nocé ces phrases : « Les malades ont subi une métamorphose : de rageurs, combattifs et insociables, ils sont maintenant devenus des individus gais, sociables, amicaux, relativement normaux, qui sont justiciables de mesures psychothérapiques et de réadaptation. Les malades hyperactifs sont devenus calmes et tranquilles, les malades bruyants sont devenus tranquilles, tandis que les malades déprimés sont devenus alertes et joyeux. Actuellement, dans les services qui utilisent le serpasil, l'isolement, les moyens de contention et les thérapeutiques électroconvulsives ont été presque éliminées. Il semble presque incroyable qu'un remède puisse remplacer la thérapeutique électroconvulsive de cette sorte, mais apparemment une telle drogue a été découverte, et nous espérons qu'elle révolutionnera et facilitera les traitements de la psychia-

trie moderne. » Nous avons particulièrement retenu le passage suivant : « Ce médicament est le traitement le plus rationnel pour le traitement des agités chroniques ou aigus, loin devant toutes les autres méthodes que nous avons employées jusqu'ici. »

Depuis près de trois mois, nous avons expérimenté sur une grande échelle les effets de la réserpine. Nous l'avons systématiquement prescrite dans les cas aigus et récents, ainsi que chez les agités et anxieux chroniques de notre service. Nous ne pouvons que confirmer les résultats signalés par les auteurs précédents. Sauf exception, nous n'avons jamais utilisé la réserpine seule et nous nous sommes bornés à l'ajouter au cocktail thérapeutique que nous utilisions antérieurement : CH 36 dans les états aigus et récents, ainsi que largactil, phénergan et eunoctal. L'introduction de la réserpine nous a permis de pratiquer des cures de sommeil avec des doses modérées de ces différents produits.

Malgré une posologie modérée, qui se situe entre 1 et 2 mgr., dose que nous n'avons jamais dépassée, nous avons pu obtenir des résultats thérapeutiques surprenants, que nous voudrions très rapidement vous rapporter ici.

1° Les agités chroniques, ainsi que les malades violents, agressifs, les auto-mutilateurs et les déchireurs, furent très rapidement calmés, à tel point que nous pûmes en une semaine transformer l'atmosphère du service et supprimer presque toutes les mesures de contention et d'isolement. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que notre service est encombré et structuré de telle sorte qu'il réalise une culture quasi-expérimentale de l'agitation et que le personnel était habitué à recourir aux mesures de contention. Pareilles constatations ont pu être faites à l'hospice, où M. Lainé a introduit la réserpine. Les arriérés, déchireurs, lacérateurs et semi-agités, furent rapidement calmés. Chez l'enfant arriéré et turbulent, il semble qu'une posologie très voisine de l'adulte soit nécessaire : 1 mgr. à 1 mgr. 5, si l'on veut obtenir un effet thérapeutique.

2° Dans les états aigus d'agitation, et en particulier chez les maniaques, la cure de sommeil, facilitée par la réserpine, donne des résultats rapides, mais il convient de poursuivre à doses modérées le serpasil et le phénergan, parfois aussi le largactil et l'eunoctal, pendant un temps prolongé et suffisant.

3° Nous ne nous étendrons pas sur les états névrotiques, cénestopathiques et dépressifs simples, sur lesquels ont particulièrement insisté Kline et le professeur Delay, la réserpine est assurément le meilleur des médicaments psycholeptiques dont nous disposons actuellement.

4° Dans les états mélancoliques, la réserpine donne d'excellents résultats. L'introduction de la réserpine dans notre arsenal thérapeutique nous a permis rapidement d'obtenir dans trois mélancolies

graves récidivantes, évoluant depuis près de deux ans, une amélioration si marquée qu'il s'agit presque d'une guérison. Deux de nos malades sont déjà sortis depuis plus de six semaines et paraissent bien stabilisés. La réserpine, dans ces états, a un effet très particulier, elle réalise une véritable lobotomie chimique, elle supprime la douleur morale ainsi que l'inhibition motrice, tout en respectant l'anesthésie affective, car elle ne modifie pas l'état du tonus biopsychique. Les malades paraissent détendus et alertes, pourtant l'anesthésie affective subsiste, et c'est chose véritablement surprenante que d'entendre ces malades qui sont souriants, vont viennent, et paraissent guéris, se plaindre de n'avoir toujours aucun goût à la vie et de conserver un émoussement des sensations et des sentiments. Dans certains cas, le CH 36, aidé parfois d'une thérapeutique glandulaire (testostérone, folliculine), suffit pour que tout rentre dans l'ordre. Mais, dans les cas les plus graves, l'anesthésie affective persiste, ainsi parfois que les idées de culpabilité et d'indignité, cependant le malade reste détendu, car l'anxiété, la douleur morale et l'inhibition motrice sont en grande partie dissipées.

5° Nous avons été surpris par les résultats que nous avons cru observer chez quelques parkinsoniens. Non seulement nos malades ont été libérés et détendus au point de vue psychique, ainsi que nous l'espérions, mais, à notre grande surprise, nous avons constaté chez ces malades une certaine libération motrice. Ceci semble d'autant plus surprenant que les auteurs suisses, notamment les professeurs Bleuler et Steck, ont signalé, avec des posologies élevées, l'apparition de syndromes extrapyramidaux. Un de nos malades fut amélioré au point de pouvoir reprendre une petite activité, ses crises oculogyres sont devenues plus rares, et surtout plus brèves, la mobilisation segmentaire est nettement plus facile. Cette action de la réserpine sur les noyaux gris centraux nous paraît extrêmement intéressante d'un point de vue théorique, car elle semble confirmer certaines conceptions de M. Guiraud.

6° Une surprise désagréable concerne les épileptiques. Contrairement aux auteurs hindous, qui signalent des résultats que l'expérimentation n'a d'ailleurs pas vérifié, nous avons eu l'impression que quatre de nos malades, bien loin de voir leurs crises diminuer, les ont vu au contraire augmenter. L'un d'eux, qui n'avait plus présenté de crises depuis un an, et qui n'en avait eu que quatre en 1952, a fait six crises en deux jours et l'on dut interrompre d'urgence la réserpine. Chose curieuse, ces faits n'ont été constatés que chez nos malades hommes. Il est évidemment beaucoup trop tôt pour conclure, car il pourrait s'agir d'une simple coïncidence. Ces faits sont cependant surprenants, aussi avons-nous noté avec intérêt une observation analogue de Nocé, qui rapporte l'apparition de crises comitiales chez un malade non épileptique, mais qui avait subi plus de 100 électrochocs.

Avec la posologie que nous avons utilisée, les effets secondaires,

presque tous heureux, sont peu marqués, stimulation de l'appétit, du transit intestinal, augmentation du poids, encombrement nasal minime et passager, diarrhée n'apparaissant qu'avec des doses inférieures au demi-milligramme. L'association avec le largactil, surtout par voie parentérale, a parfois entraîné une chute marquée de la tension et dans trois cas a provoqué des syncopes. Nous n'avons pas noté de modifications sensibles du pouls. Lorsqu'il n'est pas associé au largactil, le serpasil ne modifie guère la tension des malades normotendus, dans un cas cette tension a paru régularisée et est passée de 9-12 à 7-14. Chez deux malades hypertendus, dont l'hypertension avait résisté à toutes les autres thérapeutiques, la réserpine a permis une baisse sensible de la tension.

Un incident grave est à signaler, au début de notre expérimentation, nous avons appris le suicide d'une malade en cure libre. D'après le Dr Sagant, que nous tenons à remercier ici, un cas analogue aurait été signalé. Nous n'avons pas constaté de tels effets en milieu hospitalier. Ceci tient peut-être à la posologie car, à l'époque, nous n'osions pas prescrire à nos malades à cure libre des doses supérieures à 0,50, il peut aussi s'agir plus simplement d'une évolution spontanée de la maladie.

En résumé, la réserpine semble être de très loin le meilleur des sédatifs nerveux que nous pouvons utiliser actuellement, ainsi que le dit le professeur Delay, c'est un neuroleptique et surtout un psycholeptique. Son mode d'action est singulier, différent de tous les autres dépresseurs. Il n'a pas de propriétés anticonvulsivantes, bien au contraire, s'il faut en croire les résultats obtenus chez nos épileptiques. Nous ne nous étendrons pas ici sur les propriétés pharmacologiques, que l'on trouvera dans les travaux de Tripod et de Bein. Nous voudrions seulement insister sur les particularités psychologiques de son action. Contrairement au largactil, qui réalise une camisolite chimique, libérant l'activité mentale sous forme de mentisme obsédant et parfois même d'onirisme, la réserpine semble réaliser une lobotomie chimique. Elle supprime l'anxiété, la douleur morale, la tension psychologique, mais n'a aucune influence sur l'athymhormie. Les malades sont détendus, sans pour autant retrouver leur dynamisme, ainsi que la joie de vivre. Libérés, détendus et même actifs, les mélancoliques restent au fond atones et indifférents à la vie. Ils agissent par obligation et par devoir beaucoup plus que par entrain ou par plaisir. Il semble que cette dissociation curieuse, que réalise la réserpine, confirme les hypothèses psychopathologiques que l'un de nous a cru pouvoir émettre en 1950 sur la mélancolie. La chute du dynamisme vital, avec atteinte élective des fonctions de relation, et particulièrement de l'ouverture au monde, est le *primum movens* dont tout découle. La douleur morale paraît secondaire, elle n'est qu'une réaction catastrophique, qui s'étend en tache d'huile, inhibe les fonctions subsistantes et fige le malade dans une angoisse

vitale qui lui fait apparaître ses troubles beaucoup plus marqués qu'ils ne le sont en réalité.

Trois points nous paraissent particulièrement importants.

1° Nous avons assisté à la disparition des agités chroniques et, ainsi que Nocé, nous avons pu supprimer toutes les mesures de contention.

2° Depuis plus de deux mois, nous avons pu supprimer toutes les thérapeutiques de choc (électrochoc, insuline, acéchole), obtenant des résultats presque aussi rapides et souvent de meilleure qualité. La réserpine réalise une véritable lobotomie chimique, sans produire les dommages irrémédiables de cette intervention psychochirurgicale, c'est pourquoi nous pensons que cette intervention, dont les abus sont certains et les résultats parfois aléatoires, à tel point que l'on a pu soutenir que seul l'opérateur en tire un bénéfice, devrait rapidement rentrer dans le domaine d'un passé révolu, bien que très récent.

3° Ainsi que le CH 36, la réserpine est une thérapeutique psychiatrique, elle permet une psychothérapie efficace, en particulier chez les névrosés et les schizophrènes. Les résultats seront souvent fonction de cette psychothérapie, c'est assez dire que la réserpine et le CH 36, tout en se substituant aux thérapeutiques de choc, remettent en valeur les qualités essentielles du psychiatre, à savoir l'abord et le maniement du malade.

DISCUSSION

M. P. DENIKER. — M. Fouks a cité nos travaux avec le professeur J. Delay, Y. Tardieu et Mlle Lempérière, en même temps que ceux de Noce et Williams. Je précise que les citations plus qu'enthousiastes qu'il a lues proviennent des auteurs californiens. Certes, la réserpine est une drogue intéressante en thérapeutique neuro-psychiatrique, mais nous n'avons guère observé de résultats avec la posologie utilisée par M. Fouks, qui est usuelle en pathologie vasculaire, et il nous a fallu employer des doses quintuples et décuples. Nous n'avons pas encore publié notre étude comparative de la chlorpromazine et de la réserpine ; cette dernière n'est certes pas la plus active.

M. G. DESHAIES. — Sonner le glas des méthodes de choc me paraît singulièrement prématuré. Le contenu de l'exposé de M. Fouks ne légitime en rien, ni le titre, ni la conclusion.

M. Fouks nous propose une formule de poly-pharmacopée, dont les éléments ne sont pas remarquables par leur nouveauté, et dont l'association ne s'appuie pas sur des données pharmacologiques ou physiologiques bien définies. Cette formule, qui contient déjà un peu d'insuline, serait avantageusement complétée par un centicube de cardiazol, et si l'on y ajoutait deux gouttes d'électro-choc, tout le monde serait content !

Epilepsie psychique et corrélations électro-cliniques, par MM. F. GALLAIS, J. ALLIEZ et J. RAINAUT (de Marseille) (1).

Nous assistons aujourd'hui à une révision progressive des rapports entre l'épilepsie et certaines manifestations psychiatriques au long cours, cycliques ou continues.

Un premier fait capital se dégage avec netteté : l'épilepsie grand mal idiopathique ne peut engendrer une personnalité psychopathique.

Un second courant tend au contraire dans une synthèse qui va s'élargissant, à intégrer des comportements psychopathiques dans les possibilités de l'épilepsie psychomotrice, appelée parfois temporale. La symptomatologie de l'épilepsie psychomotrice ne recouvre encore avec certitude qu'une partie restreinte et la plus rudimentaire de l'épilepsie psychique classique, mais elle s'avère partie prenante dans l'explication de tableaux psychopathologiques, dont la couleur épileptique ne se détache pas sur le fond de la clinique.

L'étroite union d'un service de psychiatrie semi-ouvert et d'un service de neurologie bien équipés nous permet l'étude électro-encéphalographique systématique de tous nos malades mentaux. Nous avons eu la surprise de constater à maintes reprises que certains d'entre eux, bien que n'ayant jamais présenté de crises, étaient porteurs de foyers irritatifs localisés généralement profonds.

Aucun des malades que nous présentons aujourd'hui n'avait été soupçonné d'épilepsie et nous insistons bien sur le fait que tous étaient adressés au psychiatre avec un diagnostic strictement psychiatrique.

Il existe plusieurs groupes de malades. Nous avons choisi un exemple dans chacun des groupes.

1^{er} GROUPE : *Manifestations psychiques aiguës, brutales et de courte durée*

OBSERVATION N° 1. — Ec... Louis, 25 ans, est hospitalisé le 19 juin 1953. Depuis 1951, il a présenté cinq ou six courts malaises avec impression de contraction gastrique, sudation importante, tremblement généralisé, vertige et perte de connaissance, dit-il. Dernier malaise en prison le matin de l'entrée. Sujet intelligent mais déséquilibré psychique grave ; affaire de trafic à 18 ans, sanctionnée par huit ans de prison. Indépendamment des malaises précédents, il signale quelques épisodes de brève agitation psychomotrice, avec séjour à l'infirmerie de la prison.

Le 20 juin, se développe un état d'allure maniaque. Malade agité, logorrhéique, ironique ; bien orienté ; démarche ébrieuse. L'examen électro-encéphalographique pratiqué aussitôt montre une *dysrythmie lente thêta et delta généralisée* sur tout le scalp. Disparition de l'état maniaque en six heures.

(1) Travail du Centre de neuro-psychiatrie de la IX^e région militaire et du laboratoire d'électro-encéphalographie de l'école d'application du service de santé colonial.

Le 24 juin, tracé normal. Le 26 juin, enregistrement avec injection lente de cardiazol : au 12^e cm³, dysrythmie lente semblable à celle que l'on a enregistrée pendant l'épisode maniaque ; apparition rapide d'une crise de grand mal. Le 27 juin, tracé normal.

Dans le service, comportement ambigu avec dissertations morales sur le « rachat » de son passé, engagements solennels sur l'avenir, appels à la pitié, menaces, chantages. Il adresse à l'un de nous une lettre personnelle dont le style étudié mêle la politique obséquieuse à la menace non déguisée.

Si le comportement et quelques passages de la lettre pouvaient faire songer à une structure paranoïaque, le tableau est bien celui d'un déséquilibré intelligent et l'on aurait pu considérer les épisodes maniaques comme des bouffées aiguës décrites chez les déséquilibrés. L'activation cardiazolique, reproduisant un de ces épisodes, montre qu'il s'agit en fait d'une manifestation critique chez un épileptique psycho-moteur diencéphalique. Nous sommes ramenés à tout un ensemble de faits individualisés par les anciens cliniciens et décrits sous le nom de « manie transitoire », de « folie subite », de « petit mal intellectuel », toutes ces formes étant rattachées à l'épilepsie psychique, dont on ne trouve guère de références dans la littérature actuelle.

En résumé : personnalité psychopathique avec déséquilibre important et épilepsie psycho-motrice diencéphalique se manifestant par deux types indépendants de crises : crises végétatives et crises psychiques à forme maniaque, d'apparition brutale, durant quelques heures et s'accompagnant d'une perturbation importante de l'électrogénèse cérébrale.

2^e GROUPE : *Manifestations psychiques aiguës, brutales, mais prolongées*

OBSERVATION N° 2. — Accès délirants brutaux de durée variable avec éléments de la série mélancolique.

Mme Coq... Henriette, 43 ans, est amenée à la consultation par son mari le 25 juin 1954, pour un état d'agitation psycho-motrice survenu la veille, annoncé brutalement par une brûlure très intense des soles plantaires, une striction des deux hypocondres et une impression indéfinissable de légèreté. L'épisode a duré cinq minutes et s'est terminé par une miction involontaire mais consciente ; il n'est pas amnésique et a été suivi d'une soif intense. Enregistrement graphique au cours de la consultation : « Tracé désynchronisé avec activité rapide à 15-16 c./s. Bouffées thêta épisodiques de courte durée, revêtant un caractère irritatif net dans la *région temporelle moyenne droite*. »

Le 27 juin, réapparition brutale des mêmes phénomènes, qui cette fois se prolongent. Même début parasthésique, impression d'être « soulevée » comme par un fluide surnaturel, sent qu'une force extraordinaire, irrésistible, le pousse à parler. Hospitalisation et isolement d'urgence. Se balance rythmiquement, déambule, chante des psaumes, prend des poses extatiques, dit que Dieu et les Saints parlent par sa bouche sans qu'elle puisse s'y opposer, s'étonne qu'ils aient choisi pour émissaire « une pauvre femme ignorante qui n'est qu'une criminelle et une pourriture », admet *a priori* qu'elle est une criminelle. La voix est modifiée, aiguë et voilée. Le contact reste possible, elle participe d'une manière aiguë à l'ambiance et *paraît même tout percevoir avec une intensité accrue*. Au bout de cinq minutes, voix, comportement, mimique, conversation, redeviennent normaux. Mais après une ou deux minutes de pause, les phénomènes précédents recommencent. Les phases se suc-

cèdent sur le même rythme. A chaque rémission, la malade va boire et essuie les urines émises au cours de la phase d'agitation.

Le traitement sédatif, barbituriques et 4560 R.P., demeure sans effet. Au troisième jour, état inchangé, n'a pas dormi. Un électro-choc amène une sédation de quelques heures⁶; un second électro-choc, le lendemain 30 juin, entraîne une rémission totale de l'accès.

Antécédents personnels. — En 1939, accès brutal. Séjourne deux mois à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie. Rémission totale par chocs cardiazoliques. Diagnostic : mélancolie anxieuse avec hallucinations auditives. En 1950, accès identique. Séjourne du 18 au 24 octobre à l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne. Rémission totale après deux électro-chocs. En 1951, nouvel accès. Séjourne du 18 au 23 août à la Nerven Klinik de Tübingue (Allemagne). Rémission par convulsivothérapie.

Antécédents familiaux importants. Mère morte aliénée ; arrière-grand'mère maternelle morte aliénée ; un neveu hospitalisé dans une maison de santé.

L'examen physique est normal. Dès la rémission de son accès, la malade apparaît comme adhésive et légèrement oligophrène. Elle précise que chacun des accès a débuté *brutalement* par une paresthésie plantaire et une impression métaphysique étrange ; la conscience n'est jamais obscurcie, au contraire, *« tout a pour elle une signification plus grande »* ; il n'y a jamais eu d'hallucinations sensorielles. Le thème délirant mystique est bien critiqué. A noter la frigidité totale de la malade.

L'activation par le sommeil s'avérant impossible, on pratique le 18 octobre une activation cardiazolique. Dès le 2^e cm³, sensation de « bouillonnement au creux épigastrique, remontant jusqu'au cerveau », sensation de légèreté, impression surnaturelle d'une force qui la pénètre, lui dicte gestes et paroles et immédiatement grande crise mystique avec agitation motrice, déambulation, pensée forcée, modification de la voix. Mictions répétitives conscientes, visage cyanosé, sudation abondante, tachycardie à 135. La crise provoquée diffère de la crise spontanée par la moindre intensité du délire, la moindre coloration mélancolique, l'allure plus « forcée » de la personnalité. L'analyse du tracé montre, à partir du 2^e cm³, *une dépression plus marquée de l'électro-génèse cérébrale*. A 18 heures, après avoir reçu un gramme de barbituriques et 0 gr. 050 de 4560 R.P., la malade paraît dormir. Un nouveau tracé montre : « Resynchronisation satisfaisante, mais existence de pointes sporadiques et de courtes bouffées thêta dans les régions temporelle moyenne et occipitale droite (on s'assure qu'en réalité la malade ne dort pas). Apparition ultérieure d'éléments irritatifs, tantôt droits, tantôt gauches. En conclusion : existence d'un foyer irritatif profond diencéphalo-rhinencéphalique.

En résumé : malade internée à trois reprises, considérée depuis 1939 comme présentant des accès mélancoliques délirants guéris par traitement de choc. Il s'agit en réalité d'une épileptique psycho-motrice. Glischroïdie mineure intercritique. Nous interprétons ses accès durables comme l'expression clinique d'un véritable état de mal psychomoteur, bien traduit par les mictions répétitives et les modifications du tracé au cours de l'accès.

3^e GROUPE : Manifestations psychiatriques chroniques

OBSERVATION N° 3. — Le... Jean, 28 ans, entre dans le service le 31 mai 1954 après quatre ans de séjour en Indochine pour « délire à structure paranoïaque avec hallucinations psycho-motrices verbales ». Sujet longiligne,

regard brillant, expression athénique. Contact facile et développement immédiat du délire sur un débit très rapide : il est persécuté par son capitaine, dont il avait répété quelques propos le concernant ; le capitaine a entraîné d'autres personnes dans l'affaire pour organiser sa vengeance. Des voix lui parlent à 4 mètres de distance mais arrivent d'Annam et le traitent d'imbécile, de pauvre type. Il leur répond rarement. Contenu hallucinatoire pauvre, stéréotypie. A tenté de se suicider en se serrant le cou pour leur échapper. Plaintes au garde des sceaux, au général en chef, réclame 50.000 fr. de dommages et intérêts, a demandé un bon avocat, ne pardonnera sous aucun prétexte, accuse des douleurs épigastriques, dont il tient son capitaine pour responsable.

Par ailleurs, fond mental normal, apragmatisme sexuel total.

Antécédents : énurésie jusqu'à 5 ans ; ni convulsions, ni crises motrices. Certificat d'études primaires. Excellents renseignements donnés par la famille et par les camarades ; discipliné, non éthylique. Examen somatique : tremblement discret des extrémités, petite augmentation du lobe droit du corps thyroïde. Tracé électro-encéphalographique le 10 mai : « Foyer temporal profond gauche avec pointes-ondes dégradées et pointes rapides dans les régions temporales moyennes et postérieures. » Bordet-Wassermann : négatif ; métabolisme basal : -2% . Les divers examens éliminent l'hypothèse d'un processus expansif. Deux tracés ultérieurs le 17 mai (sous activation cadiazolique) et le 1^{er} juin confirment l'existence d'un foyer temporal profond gauche. Traitement : gardénal et sédantoïnal. Comportement inchangé, délire non modifié. Le 12 novembre, un nouveau tracé électrique montre une régression importante des anomalies précédemment signalées.

En résumé : délire systématisé chronique avec hallucinations verbales injurieuses chez un malade n'ayant jamais présenté de crises comitiales. Existence d'un foyer électrique temporal profond gauche. La thérapeutique anticomitiale permet de faire régresser le foyer électrique mais ne modifie pas le tableau clinique de la psychose.

DISCUSSION ET COMMENTAIRES. — La richesse séméiologique et l'éloquence des corrélations électrocliniques de ces observations amènent à poser des questions d'un intérêt considérable.

1° Peut-on établir une équation formelle entre la mise en évidence d'un foyer irritatif et des manifestations psychopathiques de durée variable dont le caractère épileptique ne s'impose nullement ? Dans nos deux premiers cas, aucun doute n'est permis puisque l'activation cadiazolique d'un foyer irritatif jusqu'alors peu expressif a reproduit le tableau clinique. Dans notre troisième cas, l'importance et la constance du syndrome électrique restent très troublantes. Leur valeur heuristique est cependant bien moindre que celle des deux observations précédentes.

2° Le cadre séméiologique de l'épilepsie psycho-motrice doit-il être élargi aux dépens de quelques-uns des faits cliniques apparemment disparates englobés dans le terme d'épilepsie psychique ? On peut répondre par l'affirmative dans nos deux premiers cas. Le critère électro-encéphalographique a au moins deux avantages : d'une part, celui d'affirmer le diagnostic d'épilepsie devant une manifestation

psychique brutale de caractère critique ; d'autre part, celui de faire entrer dans le cadre de l'épilepsie des tableaux psychiatriques qui, *a priori*, n'évoquent pas un foyer organique localisé. On accorde aujourd'hui un certain intérêt à la localisation de ces foyers dans le déterminisme de tels accidents. Dans nos deux derniers cas, les manifestations psychiatriques se trouvent liées à l'activité de foyers temporaux postérieurs ou moyens. Hill a montré que ces foyers postérieurs ne s'accompagnaient de manifestations critiques cliniques que dans 30 % des cas.

3° La longueur inhabituelle des troubles psychiques correspondant à la décharge de ces foyers exprime-t-elle dans certains cas de véritables « états de mal psychomoteurs » ? Notre deuxième observation, par l'examen attentif de la malade et l'étude de l'enregistrement prolongé, autorise à l'admettre.

CONCLUSION. — L'examen électro-encéphalographique approfondi et systématique de malades mentaux apporte des corrélations électro-cliniques utiles parfois inattendues.

Il s'en dégage deux notions importantes :

1) Le critère électrique est indispensable dans le diagnostic des états psychiatriques critiques évoquant l'idée d'épilepsie psychique au sens classique du terme.

2) Il permet la révélation de foyers irritatifs sous-corticaux à projection temporelle, dont l'activité semble bien souvent responsable d'états psychopathiques variés et d'évolution variable, mais n'évoquant nullement l'idée d'une comitativité.

Leurs conséquences sont précieuses à plus d'un titre. Tout d'abord, certains de ces malades paraissent nettement améliorés par les traitements aujourd'hui classiques. Enfin et surtout, de nouvelles perspectives s'ouvrent à la psychiatrie, l'aspect électrique de l'épilepsie permettant son extension légitime et redonnant à ses formes mentales pures, si bien étudiées au siècle dernier, un intérêt très actuel.

DISCUSSION

M. Henri Ey. — A propos de l'intéressante communication de M. Alliez, je tiens à dire qu'une révision totale du problème de l'épilepsie « psychiatrique » s'impose. J'ai été amené ces dernières années (tant pour la rédaction de l'étude que je viens de consacrer à l'épilepsie, que pour le chapitre « Epilepsie » de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*, qui va bientôt paraître) à renverser complètement les idées que j'avais sur ce point. Il y a en effet quelques années encore, on s'imaginait volontiers que l'épilepsie des psychiatres, l'épilepsie psychique, etc., était l'épilepsie dite essentielle, celle que l'on a appelée idiopathique et que l'école de Penfield appelle diencephalique, tandis que l'épilepsie des neurologues était l'épilepsie symptomatique qui est devenue, ces dernières années surtout, l'épilepsie dite temporelle. Or, les faits montrent que c'est dans cette dernière forme que l'on observe toute la dégradation des niveaux de destruction de la conscience telle que Jackson l'avait déjà décrite. A cet égard, il me paraît plus juste de distinguer deux grands types d'épilepsie selon les caractères majeurs de la crise : l'épilepsie icto-comitiale et peu psychiatrique, et l'épilepsie graduo-comitiale avec ses auras, ses crises psycho-motrices, ses crépusculaires, etc.

Délire de grossesse révélateur d'une paraphrénie fantastique, par M. J. ALLIEZ, M^{lle} P. PETIT et M. M. ECHENOZ

OBSERVATION. — Le 30 février 1954, l'un de nous a l'occasion d'examiner pour la première fois Mme V..., divorcée B..., âgée de 51 ans, dans une clinique d'accouchement de Marseille, où elle s'était fait admettre en affirmant qu'elle était enceinte et sur le point d'accoucher.

Le caractère erroné de ses affirmations ne tarde pas à être découvert et l'examen psychiatrique met en évidence un délire extrêmement riche dont les idées de grossesse constituent le pivot et ont entraîné la réaction sociale révélatrice de la psychose. Mme V... se prétendait être alors enceinte de dix mois à la suite d'une insémination artificielle pratiquée le 30 mai 1952 sous électro-choc ; elle désigne nommément le médecin qui serait responsable de cette intervention et prétend « avoir été fécondée avec le sperme du président de Gr... ». Elle réclame avec une certaine véhémence des soins obstétricaux car, dit-elle, « cette grossesse n'est pas tout à fait normale. Je continue à avoir mes règles, ce qui s'explique par tous les stupéfiants que l'on me donne, mais je suis plus qu'à terme et j'exige un accouchement artificiel ».

La malade nous apprend qu'une première insémination avait provoqué une grossesse interrompue à six mois : « Le 23 mai 1952, j'ai eu deux jumeaux, on les a subtilisés dès la naissance, je ne les ai jamais vus, je sais qu'ils sont, tantôt en Amérique, tantôt à Rognac. Cette fois-ci, on s'était servi du sperme de mon mari. Il y a longtemps que nous n'avions plus de rapports sexuels..., on le lui interdisait, on l'a rendu malade, il était devenu un monstre, il guettait les fillettes et les jeunes gens mais il ne pouvait plus avoir de rapports avec moi..., on a profité de son sommeil hypnotique pour lui faire un prélèvement. »

Tout cela est présenté avec une certaine exaltation. Il existe une subexaltation psychique permanente avec labilité extrême du ton affectif, euphorie prévalente et paradoxale, minauderies et sourires satisfaits au milieu de propos terrifiants.

Comme nous l'avons indiqué déjà, les idées de grossesse s'intègrent dans un vaste système délirant extensif à thème de persécution et de grandeur. « Mon mari et moi nous sommes sous le coup des stupéfiants..., à cause de la politique. Mon mari est entrepreneur de charpentes mais il est aussi président de la Communauté européenne, chef des Etats-Unis d'Europe et ministre du travail et de la guerre. Quant à moi, on m'a imposé une fonction politique que je ne mérite pas ; je suis élue député et conseiller général à la place de Félix Gouin. Vous comprenez que l'on a des raisons pour essayer de nous faire disparaître. » Les persécuteurs sont représentés par une vaste coalition politique dans laquelle « les juifs » et « les machines » jouent les rôles essentiels.

Le délire s'accompagne de représentations xénopathiques quasi-incessantes interprétées comme transmission de pensée, d'hallucinations polysensorielles prédominant surtout dans les sphères olfactive et cénesthésique, et d'interprétations rétrospectives. Enfin, l'importance de l'appoint imaginaire confère à l'ensemble un caractère bien particulier de luxuriance typique de la structure paraphrénique.

Le 10 mars 1953, cette malade est transférée à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence, où son évolution a pu être suivie.

Actuellement, la présentation est toujours identique, avec un maniérisme bien spécial, une légère excitation verbale et psychique continue, accusant la discordance entre l'exposé presque ludique du délire et son contenu idéique. On ne trouve chez cette malade aucun signe de dissociation profonde de la pensée, aucune altération des fonctions intellectuelles élémentaires. Son comportement est à peu près adapté à l'existence asilaire, elle prend soin de sa toilette et s'occupe régulièrement.

Les idées de grossesse persistent ; le récit de la première grossesse n'a subi aucune modification, quant à la deuxième, la malade en décrit l'évolution avec un luxe de détails qu'il nous paraît intéressant de rapporter : « Ça fait maintenant 28 mois que ça dure..., c'est intolérable. Je sens cet enfant qui remue, qui bondit..., il parle, il crie..., il a douze ou treize dents..., il ne peut pas se développer, on lui a fait des injections pour le « réduire », et comme le placenta n'existe plus, on l'a mis dans une enveloppe, une double peau..., de temps en temps il tirait sur le cordon pour sortir..., il a fallu « gainer » le cordon, cela me causait des souffrances atroces..., et pour ses besoins il a fallu aboucher ses organes dans les miens, ça me donnait des intoxications..., maintenant il communique avec mon anus, mais c'est encore très douloureux... et toujours ces hémorragies de temps en temps..., je vous assure qu'il faudrait un « vrai » gynécologue pour arranger tout cela. »

L'automatisme mental et les troubles psycho-sensoriels sont toujours aussi actifs, avec une importance accrue des hallucinations génitales et « visuelles » (visions pornographiques imposées), révélant de fortes pulsions érotiques sous-jacentes.

La systématisation du délire est extrêmement lâche, mais aboutit à une conception fantastique du monde. La malade exprime son impression de vivre dans un univers entièrement « truqué » : « ici, les gens ne sont pas réels, ils sont sous déguisements. Il n'y a pas de malade, pas de docteur..., il y a des êtres qui simulent la folie et d'autres la médecine... ; d'ailleurs, les personnes qui m'entourent au quartier ne sont pas des femmes mais des hommes avec une double peau..., nous sommes peut-être deux ou trois femmes seulement, je vous assure que c'est gênant pour la toilette... et le reste. Toutes les nuits ils essayent..., heureusement mon mari est là pour me protéger..., ici il s'appelle Ginette C... (il s'agit effectivement d'une idiote du service présentant quelques caractères viriloïdes, notamment une pilosité faciale importante). Le président de Gr... vient aussi quelquefois, il me fait comprendre que c'est lui ».

D'ailleurs, les fausses reconnaissances abondent et varient constamment dans leurs attributions. Le système de transformation, de dépersonnalisation englobe tout le monde, mais on peut admettre, d'après ses dires, que la malade établit une sorte de hiérarchie. Il y a d'une part les persécuteurs et d'autre part les êtres « mécanisés » par les persécuteurs, transformés par l'inclusion de « disques » (« comme des rubans de platine dans le cerveau ») ; ceux-ci sont moins redoutables que les premiers parce qu'en somme « ils ne sont plus responsables » — enfin, il y a elle, dont « on a capté la longueur d'onde », et qui lutte contre cette emprise permanente.

Depuis quelque temps, les idées de grandeur se complètent par un thème

de filiation ; elle est née de Montesquieu, sa mère était une demoiselle de Maupassant (la propre fille de Guy de Maupassant). Elle s'est établie toute une généalogie aristocratique, dont elle émaille l'exposé d'anecdotes fabuleuses (récits à base d'interprétations rétrospectives ou purement imaginaires).

Au point de vue somatique, Mme V... se présente comme une personne de taille et de corpulence normales, répondant au point de vue morphologique au type pycnique avec une nette tendance à l'embonpoint. Son visage est intelligent et ouvert, elle s'exprime avec une aisance et une volubilité remarquables.

Elle a présenté, au début de son internement à Aix-en-Provence, des métrorragies en rapport avec l'installation de sa ménopause ; un examen gynécologique n'a rien montré d'anormal. Toutes les recherches paracliniques se sont révélées négatives. Un examen électro-encéphalographique pratiqué dans le service du professeur Gastaut conclut à « des signes d'hyperexcitabilité neuronique diffuse sans anomalie particulière du tracé ».

L'étude des *antécédents* de cette malade est plus instructive. Née à Saint-E... en 1903. Fréquente l'école jusqu'à l'âge de 9 ans 1/2 ; elle apprend ensuite le métier de couturière, qu'elle exercera jusqu'à son mariage. Vers l'âge de 18 ans, première liaison amoureuse, qui semble lui avoir donné toute satisfaction au point de vue sentimental et sexuel (ce premier amant paraît s'identifier au « président de Gr... » du délire). Cette liaison dure quatre ans, n'aboutit pas au mariage et, peu de temps après la rupture, la malade épouse M. H... Ce dernier, après six ans de mariage, est interné à la maison nationale de Saint-Maurice. Il y décédera en 1943.

En 1933, elle fait la connaissance de M. B..., qui deviendra ultérieurement son second mari. La liaison avec M. B... commence en 1935 ; elle ne l'épousera qu'en 1944, après la mort du premier mari.

À partir de 1947, une certaine mésentente paraît s'être installée dans le ménage. M. B..., qui joue effectivement un rôle politique assez important sur le plan local, interromp toutes relations sexuelles avec sa femme. Il obtient finalement le divorce.

Au point de vue pathologique, nous n'avons rien relevé d'intéressant. Mme V... n'a pas eu d'enfant de ses deux mariages. Elle a présenté deux fausses-couches, l'une provoquée, en 1935, l'autre spontanée, en 1944.

Enfin, dans les antécédents héréditaires et collatéraux, on note le décès du père, à 47 ans, de « congestion cérébrale », le décès de la mère, à 42 ans, de « suites de couches » (grossesse gémellaire ?). Deux sœurs de la malade seraient mortes de tuberculose pulmonaire.

En dehors de son côté « pittoresque » (malheureusement, d'ailleurs, bien difficile à rendre par la simple transcription), cette observation nous a semblé présenter un certain intérêt.

Nous voudrions tout d'abord souligner, dans ce cas, l'importance, la permanence, et l'évolution fantastique des idées délirantes de grossesse. Le thème de maternité, tout au moins sous cet aspect extensif, ne semble pas avoir donné lieu à de fréquentes observations (1). Il

(1) J. Vié et J. Bobé. — Les idées délirantes de grossesse. *Encéphale*, juin 1932.

s'agit cependant de l'une des formes les plus pures, les plus instinctives, de « compensation délirante » féminine, avec toute sa valeur libidinale. Nous avons l'impression, chez notre malade, au milieu du récit fabuleux et mégalomane, de toucher là au noyau affectif principal, à l'expression essentielle du délire, la plus riche d'ailleurs de représentations cénesthésiques.

Si nous voulons ébaucher quelques considérations psychopathologiques, il paraît aisé de retrouver dans les antécédents de Mme V... des événements que l'on ne peut pas qualifier de déterminants (le « pourquoi » d'une telle évolution psychotique restant toujours un problème aussi délicat), mais qui représentent des traumatismes affectifs graves, générateurs du sentiment profond de culpabilité, sur lequel Hesnard a particulièrement insisté dans le mécanisme de certains états délirants.

La psychose confère à la pensée conceptuelle une certaine liberté gratuite, à la faveur de laquelle s'expriment les tendances profondes, les frustrations affectives, les « ambitions déçues ». Rappelons, pour notre malade, la première déception sentimentale, le caractère forcément clandestin de sa liaison avec M. B... jusqu'au décès du premier mari, la fausse-couche provoquée pendant cette période, l'éloignement spontané du second mari, précédant de peu ou coïncidant avec l'éclosion des troubles mentaux.

Enfin, sur un autre plan, la ménopause n'a-t-elle pas contribué à créer un climat favorisant la polarisation génitale du délire ?

En ce qui concerne le problème nosologique, de telles observations paraissent faire la preuve de la valeur clinique et théorique de la conception kræpelinienne de la paraphrénie. En effet, il ne s'agit pas d'une schizophrénie (à condition de renoncer à ce diagnostic avec la valeur considérablement extensive qui lui est accordée par la plupart des auteurs étrangers) : il n'existe pas de troubles primaires de la pensée, la systématisation du délire est assez floue, sans toutefois atteindre à l'incohérence et à la bizarrerie des psychoses paranoïdes, le délire comporte un caractère indéniable de « vécu » permanent, mais permet cependant un comportement pragmatique parallèle.

On peut également écarter le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique : la présentation est différente, l'évolution est atypique et le processus hallucinatoire apparaît comme un élément contingent. Comme l'écrit H. Ey à propos des paraphrénies : « La forme hallucinatoire est submergée par son contenu. »

Dans le cadre même de la paraphrénie, le diagnostic de variété clinique est ici assez délicat, entre la forme expansive et la forme fantastique proprement dite. Mais, en dehors de ces considérations nosographiques, nous avons voulu surtout souligner le caractère structural de ce délire de grossesse, qui conserve toute son originalité.

Mélancolie conjugale, par MM. J. OULÈS et R. SOUBRIER.

La crise de mélancolie typique est, dans l'immense majorité des cas, isolée. Si le déprimé entraîne parfois des complications familiales, il est rare, sauf peut-être chez les gens âgés, qu'il arrive à induire une crise de mélancolie similaire autour de lui.

Un cas de mélancolie conjugale chez des sujets jeunes, en parfait état physique, sans antécédents pathologiques, nous a paru à ce titre digne d'être rapporté. Le mari a été l'élément inducteur, en exprimant durant des mois des idées tristes, et la femme a fait secondairement une forme plus grave, avec suicide collectif. Elle a aussi guéri plus vite, grâce à l'électrochoc, et sa guérison a contribué à guérir le mari, lequel a été isolé quelque temps et a été soumis à un traitement sédatif, mais a refusé l'électrochoc.

OBSERVATION. — De F... Gustave : 47 ans, et Emilia : 41 ans, ont été admis le 29 juillet 1954 au service ouvert de l'hôpital de Montauban avec diagnostic de syndrome mélancolique. Le jour même, la femme avait tenté de se suicider en se jetant dans le canal du Midi, en entraînant avec elle ses deux fillettes, âgées de 7 et 11 ans.

A un premier examen, les deux malades présentent un aspect typiquement dépressif : le mari, aux traits exprimant à la fois la tristesse douloureuse et la résignation, tient dans ses bras sa femme, qui dissimule derrière ses deux mains son visage pétrifié, et dont tout le corps semble écrasé par le remords et la douleur. Ils ne se déplacent qu'avec des mouvements très lents, répondent aux questions d'une voix basse et traînante, expriment tous les deux des idées d'incurabilité, d'indignité, de ruine, de malheur définitif et irrémédiable.

Antécédents et histoire de la maladie. — C'était auparavant un ménage très heureux (le plus heureux du monde, disent-ils). Le mari était artisan menuisier, et ses affaires marchaient bien. Sa femme s'occupait de ses deux fillettes et soignait ses beaux-parents, qui demeuraient avec eux (le beau-père était parkinsonien). Ils formaient un couple très uni, aux dires des voisins, et également très estimé dans le pays.

On ne relève rien du point de vue psychique, ni chez les ascendants, ni dans les antécédents personnels. Ils sont tous les deux nés en Italie, puis venus en France, il y a vingt ans, et naturalisés depuis. La femme a neuf frères et sœurs, le mari cinq, tous en bonne santé.

Leur maladie commune débuta en janvier 1954, par un accès dépressif du mari, réactionnel à la mort subite de sa mère : insomnie, complète durant deux mois, abattement physique et dégoût du travail, idées noires, crises de désespoir avec pleurs.

Cet état ne tarda pas à retentir sur celui de la femme ; très impressionnable, elle accusa rapidement une grande fatigabilité, et devint incapable d'assurer la besogne quotidienne. Devant cette situation, le médecin de famille conseilla de placer à l'hôpital le père du mari, grand infirme néces-

sitant des soins constants. Après bien des hésitations, ils se décidèrent à suivre ce conseil. Mais bientôt, pleins de scrupules, ils regrettèrent leur décision et songeaient à reprendre chez eux l'infirmes, lorsqu'ils reçurent de la part d'une sœur du mari une lettre leur reprochant d'une façon véhémence ce placement. Cette lettre eut pour résultat d'accentuer la dépression de la femme.

Au mois de mars, l'état du père s'aggrava rapidement. Ils le ramenèrent à la maison, où il mourut en quelques jours. A ce moment-là, l'état dépressif de la femme avait rejoint, quant à la gravité, celui du mari. Puis la dépression de la femme augmenta, alors que le mari s'améliorait légèrement en partie. Des amis décidèrent la femme à consulter un psychiatre, qui proposa une série d'électro-chocs ambulatoires. Le lendemain du premier choc, ils reçurent la visite du beau-frère, qui déclara la thérapeutique inadéquate, décida de l'interrompre et prétendit que le fait de changer d'air suffirait à la guérison. Il amena donc le ménage chez lui, à Dieppe. Le séjour devait durer deux mois, au cours desquels le mari continua à s'améliorer en apparence. La femme, par contre, était toujours aussi mélancolique : insomnie, anxiété, céphalée, exprimant de multiples idées tristes : « tout est fini », je ne voudrais pas que mes enfants soient malheureux. »

A leur retour chez eux, le mari reprit le travail (sans enthousiasme et en exprimant toujours des idées tristes). La femme resta toujours aussi déprimée et, quinze jours après, elle devait réaliser sa tentative de suicide, qui entraîna l'hospitalisation.

A l'examen : le mari exprime surtout des idées d'incurabilité : « Nous ne reviendrons jamais comme avant, c'est fini. On ne peut pas nous guérir, nous avons eu trop de malheurs. »

La femme se plaint de souffrir sans cesse de la tête et nous dit : « Depuis deux ou trois mois, j'ai envie de faire du mal à mes enfants. Ma place n'est pas ici, je voudrais être jugée et condamnée. »

Evolution. — On sépara le couple pendant une dizaine de jours. La femme fut traitée par une série de huit électro-chocs. Dès le troisième électro-choc, l'amélioration fut nette. A partir de ce moment-là, on permit au mari et à la femme de se revoir, d'abord pendant quelques minutes, puis de faire ensemble des sorties dans le parc.

Pour le mari, on s'abstint de toute thérapeutique active. Le fait d'assister à la guérison de sa femme l'améliora suffisamment pour lui permettre de sortir le premier, au bout de trois semaines d'hospitalisation, le 21-8-1954. La femme sortit définitivement quinze jours plus tard, le 3-9-1954.

Depuis, ils ont été revus à l'occasion de consultations d'hygiène mentale. En effet, on craignait une rechute, du fait des sérieuses difficultés qu'ils rencontrèrent à leur sortie :

problèmes posés par la remise en marche de l'atelier de menuiserie, défection des clients ;

nécessité de régler eux-mêmes tous les frais d'hospitalisation, alors qu'ils comptaient sur l'aide de la commune ;

maladie grave d'un des frères de la femme (cancer du foie).

En fait, ces ennuis ont été surmontés.

Le 14 septembre, le mari paraît encore un peu inhibé et réticent ; cependant, il dort bien et travaille normalement. La femme dort avec quelques sédatifs.

Le 12 octobre, la guérison se maintient chez tous les deux. Ils ont repris une vie absolument normale.

*
**

Election de membres correspondants nationaux

Après lecture du rapport de M. H. BEAUDOUIN, au nom d'une commission composée de MM. P. et X. ABÉLY et H. BEAUDOUIN, rapporteur, M. le Dr Albert DUPONT est élu *membre correspondant national*, par 21 voix sur 22 votants.

Après lecture du rapport de M. J. TUSQUES, au nom d'une commission composée de MM. J. DECHAUME, X. ABÉLY et J. TUSQUES, rapporteur, MM. les Drs André ACHAINTE et Alfred SCHERR sont élus *membres correspondants nationaux*, par 21 voix sur 22 votants.

Après lecture du rapport de M. J. LAUZIER, au nom d'une commission composée de MM. René CHARPENTIER, X. ABÉLY et J. LAUZIER, rapporteur, M. le Dr Henri UEBERSCHLAG est élu *membre correspondant national*, par 19 voix sur 22 votants.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le secrétaire général :

X. ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de médecine légale de France

Séance du lundi 12 avril 1954

Présidence : M. M. MULLER, président.

Données sur les altérations histologiques du cerveau et sur leur origine dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, par MM. I. Gy. FAZEKAS et T. GEREB.

Homme de 33 ans, décédé deux mois après l'intoxication. Les auteurs insistent sur la part de l'anoxémie dans la pathogénie des lésions, bien que la toxicité proprement dite joue un rôle certain. Ces éléments périvasculaires recevant une quantité d'oxygène encore relativement importante sont épargnés, mais les éléments éloignés sont détruits par anoxie.

Minutieuse étude histologique finement détaillée ; mise en évidence d'une atteinte de la substance blanche malgré les altérations insignifiantes de la gaine de myéline.

**Un cas de méningite charbonneuse chez un tisserand,
par MM. M. MULLER et M. MARCHAND.**

On relève chaque année trois ou quatre cas de charbon dans les ateliers de lavages de certains poils animaux. Quant à la méningite charbonneuse, le nombre de cas rapportés par la littérature médicale ne dépasse pas la centaine. Deux survies seulement depuis l'utilisation des antibiotiques. Pour le cas observé, le début a été foudroyant et le malade est décédé quelques heures après l'entrée à l'hôpital. La porte d'entrée a été probablement pulmonaire, mais le tableau classique de la broncho-pneumonie charbonneuse n'a pas eu le temps de se constituer.

Séance du lundi 5 juillet 1954

Présidence : M. M. MULLER, président.

Contre-indications médicales à la détention,
par MM. L. ROCHE et J. VIALIER.

Les auteurs étudient les différents cas posant souvent des problèmes difficiles : ils insistent sur le rôle de l'expert limité à un avis technique. Les psychoses carcérales imposent l'hospitalisation d'urgence dans un hôpital psychiatrique.

L'exercice para-légal de la médecine, par M. T. RAYNAL.

Après l'étude du cas des aide-chirurgicaux, des anesthésistes et avant celle du cas des thanatologues, l'auteur envisage le problème posé par les psychologues non médecins. La situation actuelle représente un écueil pour des jeunes médecins désireux de se spécialiser.

Quelques difficultés toxicologiques dues à l'utilisation des dérivés de la phénothiazine, par MM. R. LE BRETON et A. HERVÉ.

Une observation en particulier montre les difficultés pour le toxicologue d'apporter la preuve d'absence de strychnine dans les viscères d'une malade traitée par le largactil. Les auteurs insistent sur la nécessité particulière pour ces cas de la collaboration entre le toxicologue non médecin et le médecin-légiste.

Intoxication mortelle par ganglioplégique,
par MM. L. DEROBERT, R. LE BRETON et R. MARTIN.

Il s'agit d'un parkinsonien ayant absorbé 3 gr. 50 de 3356 R.P. et 0 gr. 18 d'artane, dans un but de suicide. Trente minutes après l'ingestion, excitation intense et pâleur. Coma rapide, mortel en huit heures. Lésions massives au poumon droit (infarctissement total), au cœur ; importantes aux reins : dégénérescence des tubes contournés et sclérose glomérulaire. Le foie ne présente qu'un œdème capillaire, les lésions cérébrales paraissent très discrètes.

M. BACHET.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 30 octobre 1954

Présidence : M. P. FOCQUET, président.

Agnosie visuelle, par M. J. DE BUSSCHER (de Gand).

L'auteur complète sa présentation de la séance précédente et discute la signification du syndrome à la lumière des données de la littérature.

Notes sur la psychologie des handicapés,
par M. G. NOEL (de Charleroi).

L'auteur analyse les frustrations qui conditionnent les troubles du comportement observés chez un grand nombre d'handicapés. Au trouble mécanique s'ajoutent des sentiments de dévaluation, d'insécurité physique et sociale, de perte de prestige. Les réactions observées sont multiples et souvent analogues à celles de la psychologie infantile : besoin de protection, réactions de dépendance, dépression, sentiments de culpabilité, tentatives pour se faire valoir ou se cacher, agressivité, surcompensations diverses. La psychologie antérieure du blessé joue un rôle dans le déterminisme de ces réactions, mais c'est l'attitude du médecin et de l'entourage qui représente le facteur principal.

Une *hygiène mentale du handicapé* est indispensable et l'auteur en définit les grandes lignes aux différentes périodes du traitement et de la réadaptation.

J. LEY.

Société belge de neurologie

Séance du 30 octobre 1954

Présidence : M. E. EVRARD, président.

Sur une obésité dite cérébrale avec épilepsie, troubles mentaux progressifs et lésions rétiniennes particulières, par MM. J. HENNEAUX, F. VAN ORSHOVEN, PENNEWAERT, J. FRANÇOIS et G. DE COCK (de La Hestre).

Les auteurs rapportent un cas d'obésité avec hypogénitalisme et hirsutisme s'accompagnant de crises comitiales très nombreuses et d'une régression mentale importante.

L'évolution de l'affection, l'importance des troubles mentaux et des manifestations comitiales font rejeter le diagnostic d'obésité cérébrale « dégénérative », syndrome voisin du Bardet-Biedl et des syndromes apparentés. Ce tableau clinique, qui comprend une dégénérescence maculaire spéciale, fait penser à une forme d'idiotie amaurotique.

Aspects histologiques de la régénération neuro-musculaire dans diverses affections du neurone moteur périphérique et des nerfs, par M. C. COERS (de Bruxelles).

L'étude histologique de l'innervation de 32 biopsies neuro-musculaires provenant d'affections diverses du neurone moteur périphérique et des nerfs a été réalisée au moyen de la coloration vitale par le bleu de méthylène, et de la méthode histo-chimique de Koelle modifiée.

En cas de dénervation complète, les axones moteurs disparaissent rapidement alors que l'activité cholinestérasique des appareils sous-neuraux persiste. L'innervation sensible des fuseaux neuro-musculaires est très souvent épargnée.

En cas de régénération après dénervation complète et au cours d'une dénervation partielle, on assiste à une ramification collatérale des axones régénérés ou ayant échappé à la dégénérescence. Dans la seconde éventualité, on peut observer une forte augmentation de la taille des plaques motrices. La régénération collatérale se traduit par une augmentation du rapport d'innervation terminale. Ce rapport est particulièrement élevé dans les dénervations partielles chroniques et dans certaines poliomyélites guéries.

Etude histologique et histochimique de la jonction neuro-musculaire dans les syndromes myotoniques, par M. C. COERS (de Bruxelles).

L'étude histologique de l'innervation motrice terminale de deux cas de dystrophie myotonique et d'un cas de maladie de Thomsen a été réalisée au moyen de la coloration vitale des biopsies neuro-musculaires par le bleu de méthylène. La méthode histochimique de Koelle modifiée a été appliquée aux deux premiers cas.

Dans la dystrophie myotonique, les axones terminaux ont fréquemment un aspect plexiforme et forment des terminaisons complexes de structure anormale sur certaines fibres musculaires, souvent de calibre réduit. Il existe une particularité commune à la dystrophie myotonique et au cas de maladie de Thomsen étudié : de nombreuses fibres musculaires sont innervées par plusieurs plaques motrices provenant de la division d'un axone sub-terminal, ou d'axones différents. Il n'a pas été possible de mettre en évidence de modifications quantitatives de l'activité cholinestérasique au moyen de la méthode histochimique utilisée. Les appareils sous-neuraux révélés par cette méthode montrent des variations de structure parallèles aux anomalies des arborisations terminales, dont ils constituent la partie post-synaptique.

Spongioblastome pariéto-occipital et gangliocytome dysplastique du cervelet, par MM. F. CARBONE, J. BRIHAYE et P. DROCHMANS (de Bruxelles).

Chez un malade ayant présenté un syndrome cérébelleux droit, on a trouvé à l'intervention un élargissement des lamelles cérébelleuses de l'hé-

misphère droit. Soumis à la radiothérapie (2.100 rayons), le patient a survécu deux ans et les signes cérébelleux ont régressé nettement. Ils ont réapparu assez brusquement un mois avant la mort. Anatomiquement, on a trouvé dans l'hémisphère cérébelleux droit une hypertrophie assez étendue des lamelles, celles-ci étant constituées par une couche assez épaisse de cellules neuro-ganglionnaires hypertrophiques remplaçant la couche des grains et par une énorme couche moléculaire riche en fibres myéliniques. Toutes les lamelles hypertrophiées présentent une spongieuse assez marquée. Au niveau de la malformation, les axes blancs sont pratiquement inexistants.

Dans l'hémisphère cérébral gauche, un spongioblastome à évolution glioblastomateuse envahit surtout le lobe pariétal et le lobe occipital. La tumeur cérébrale et la malformation cérébelleuse ne semblent pas avoir le même déterminisme. Cette dernière semble évoluer sur un terrain dysplasique quoique, cliniquement, elle se soit comportée comme une tumeur de la fosse postérieure.

Etude critique de l'électrocoagulation du ganglion de Gasser (procédé de Kirchner) dans la névralgie trigéminal, par M. A. DEREYMAEKER (de Louvain).

Vingt-huit malades souffrant de névralgie essentielle du trijumeau ont été traités par la coagulation du ganglion de Gasser, suivant le procédé de Kirchner. L'auteur conclut :

1° que ce procédé a été efficace dans 80 % des cas ;

2° que la technique primitive comporte quelques défauts ; les causes d'erreur dans le repérage du trou ovale ont pu être écartées au moyen de deux modifications de l'appareillage primitif ; au contraire, l'imprécision que cette méthode comporte dans la partie déterminée du ganglion qu'on souhaite détruire, constitue un défaut sérieux ;

3° que la bénignité de la manœuvre représente incontestablement un avantage réel, comparé aux procédés chirurgicaux classiques.

Aucune complication neurologique et en particulier aucune atteinte d'autres nerfs craniens, n'a été enregistrée. La kératite neuro-paralytique, consécutive à l'anesthésie complète de la cornée, s'est déclarée chez 17 % des malades et a nécessité une blépharosuture. Deux récidives, après quelques mois, ont été guéries par une seconde coagulation.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Journées scientifiques de médecine préventive et sociale

(Vichy, 4-5 septembre 1954)

La *Société française de médecine préventive et sociale* a tenu à Vichy, du 3 au 6 septembre 1954, son premier congrès annuel et sa première assemblée générale.

Sans chercher à imposer elle-même quelque doctrine que ce soit, la Société française de médecine préventive et sociale est soucieuse d'être un instrument de synthèse et de fertilisation mutuelle. Des comptes rendus résumés des séances, et parmi de nombreuses communications intéressant à divers titres la médecine sociale, il faut citer d'abord la suivante, concernant la psychiatrie.

Facteurs étiologiques des maladies mentales, par le Dr J. GOLSE, médecin des hôpitaux psychiatriques.

De l'examen d'un certain nombre d'observations d'arriération mentale, à la consultation d'enfants du dispensaire d'hygiène mentale du Calvados, l'auteur dégage et étudie les éléments étiologiques dépendant : 1° de l'hérédité (rôle important, mais difficile à estimer, devant l'impossibilité locale d'examiner les parents des arriérés) ; 2° l'alcoolisme (22 % des enfants examinés ont des antécédents alcooliques graves, et quatre de ces enfants sont inéducables ; pour les enfants nés dans les taudis de Caen, la proportion est de 44 % d'hérédo-alcooliques, dont 16 inéducables, la gravité particulière de ces derniers chiffres étant rapportée par l'auteur à l'hérédité et au milieu) ; 3° l'incompatibilité fœto-maternelle (sur 300 accouchements un accident grave, mort ou arriération grave, dû à l'incompatibilité fœto-maternelle). D'autres incompatibilités plus rares sont à l'étude ; 4° accidents de l'accouchement (la maladie traumatique du nouveau-né, anoxie, hémorragie cérébro-méningée, entraîne dans 30 % des cas des conséquences mentales graves) ; les accouchements dangereux pour le nouveau-né sont l'accouchement prolongé, l'expulsion trop rapide et l'accouchement par le siège ; les forceps à la vulve ne paraissent pas dangereux mais les forceps haut-situés doivent être remplacés par une césarienne ; 5° la prématurité (relève de la pathologie de la grossesse, grève l'accouchement d'un gros risque d'hémorragie cérébro-méningée) ; 6° les *psycho-embryopathies* (mal connues, d'autant plus graves que la grossesse est moins avancée) ; 7° toute atteinte neurologique

ou méningée de la *première enfance* (susceptible d'entraîner des séquelles mentales graves) ; 8° la *séparation précoce* (l'éloignement de plus de six mois d'un enfant de moins de 5 ans, de sa mère ou de son substitut, entraîne chez l'enfant des modifications durables, qualitatives surtout du psychisme ; les enfants élevés en groupe dans des institutions, orphelinats, pouponnières, sont des diminués mentaux).

L'auteur énumère les mesures prophylactiques à opposer à chacune des causes envisagées.

Citons encore, parmi les nombreuses communications présentées lors de ces séances, très suivies :

La médecine sociale en présence des techniques et de la culture par le Dr René BARTHE, médecin-chef de l'Electricité de France.

Utilisation de la documentation recueillie en médecine sociale, par le Dr Jean-Jacques GILLON, médecin-inspecteur général du travail.

Nomenclature des causes de morbidité. Application à la sécurité sociale, par les Drs CHOFFE, sous-directeur de l'Action sanitaire et sociale au ministère du travail et de la sécurité sociale, COURBAIRE DE MARCILLAT, médecin-conseil régional de la Sécurité sociale, et CHARRET médecin-chef à la Sécurité sociale.

Intérêt médico-social des statistique des Caisses de la mutualité agricole et de leur comparaison avec celles des autres régimes sociaux, par les Drs G. CUVIER, Conseiller technique médical des Caisses centrales de la mutualité agricole, et G. DUTEIL, médecin-conseil de la Caisse de l'Ile-de-France.

Médecine du travail et pathologie professionnelle. Essai de coordination pratique des documents, par les Drs Stéphane FUCHS, médecin-conseil à la Sécurité sociale et G. RYCKELINCK, médecin-inspecteur divisionnaire du travail).

Essai d'étude statistique dans un secteur géographique de la santé publique, par les Drs Gaston PETIT-MAIRE, médecin-inspecteur divisionnaire de la santé, secrétaire général de l'Ecole nationale de la santé publique et Louis LATAILLADE, médecin-inspecteur de la santé publique, directeur du Centre de santé publique de la région de Soissons.

Hygiène scolaire et enquêtes biométriques, par le Dr Jean RUFF, médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire.

Esprit clinique et esprit statistique en médecine sociale et en pathologie du travail, par le Dr Max VAUTHET, diplômé d'hygiène industrielle et de médecine du travail.

Etude statistique sur les modes de sortie de l'assurance longue-maladie dans la région de Nancy, par le Dr PELLIER, médecin-conseil régional de la Sécurité sociale.

Données statistiques sur le dépistage des malentendants, par les Drs M. CALLOCHER et A. PIC.

Vœux

En conclusion de ces travaux, la *Société française de médecine préventive et sociale* a émis les vœux suivants :

1^{er} vœu. — « Constatant l'intérêt de la statistique d'une part, sa complexité de l'autre, estimons qu'il serait souhaitable qu'elle soit enseignée aux médecins sociaux et qu'une publication mette surtout au point, de façon simple et aisément compréhensible par tous, ce qu'ils peuvent en attendre et ce qu'ils peuvent en tirer, et quelle est la part relative que doivent prendre dans son exécution et dans son interprétation le médecin et le statisticien. »

2^e vœu. — « Insistant sur l'utilité d'une nomenclature simplifiée unique, utilisable par tous les médecins sociaux et en concordance avec la classification statistique internationale des causes de morbidité, charge son Conseil d'administration d'en faire l'étude d'accord avec tous les intéressés. »

3^e vœu. — « Pose l'important problème de la *conservation* et du *groupement des archives médicales*. »

4^e vœu. — « Estime qu'il est très important que la Société puisse publier ses travaux dans un *bulletin* ou tout autre moyen analogue. »

Motion de clôture des journées

Les membres de la Société française de médecine préventive et sociale approuvant les idées exposées dans le rapport sur la médecine sociale en présence des techniques et de la culture, rappellent l'importance de la mission des médecins sociaux qui ont à jouer un rôle déterminant pour orienter les techniques vers leur humanisation et pour aider les hommes à s'élever dans les domaines de leur libre culture.

Cette *motion* et tous les vœux ont été votés à l'unanimité.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

Le développement psycho-moteur du premier âge, par le Dr Cyrille KOUPERNIK, avec la collaboration du Dr Michel SOULÉ (1 vol. 200 pages, 6 tableaux, 58 fig., illustration de D. HARLÉ, in « Paideia » bibl. pratique de psychologie et de psychopathologie de l'enfant, sous la direction du professeur Georges HEUYER, Presses universitaires de France, Paris 1954).

Soulignant l'importance des acquisitions réalisées depuis le début du xx^e siècle dans l'étude du développement de l'enfant, l'auteur présente tout d'abord un résumé historique et critique de ces travaux. Après l'exposé de ces bases théoriques et des nombreux facteurs qui, pendant les deux premières années de la vie, concourent à la transformation du petit enfant, des apports de la nature et de ceux du milieu, un premier tableau schématise clairement les éléments de cette métamorphose du nouveau-né en un enfant de 2 ans.

Sont ensuite décrites méthodiquement les techniques d'examen indispensables à l'observation de l'état neuro-psychique du petit enfant, qu'il s'agisse de l'étude biologique et psychologique de l'enfant ou de ses rapports avec son milieu, tant physique que socio-affectif : renseignements fournis par l'interrogatoire familial et concernant l'hérédité, la grossesse et l'accouchement maternels, les faits observés pendant les premiers jours et les étapes du développement pendant les mois suivants, le climat familial ; examen psychologique attentif et dont l'auteur souligne les difficultés ; examen neurologique permettant à la fois d'évaluer la maturation, l'âge biologique, et de mettre en évidence des lésions organiques éventuelles du système nerveux ; examens complémentaires du crâne, de la face, du fond d'œil, de la dentition, de l'ossification, etc. Les principales caractéristiques neurologiques du nouveau-né (à la naissance et pendant quatre à six semaines), qui « est un être sous-cortical », sont résumées en un chapitre qui précède la description de diverses séquences de développement, séquences motrices, sensorielles, intellectuelles. L'auteur insiste avec raison sur l'intérêt de l'évolution du jeu

même au cours des deux premières années de la vie. A propos du langage dont il décrit l'évolution et le mécanisme, il rappelle l'importance des problèmes soulevés au cours des deux premières années par le retard du langage, l'importance aussi de la mimique, laquelle devient volontaire dès la fin de la première année. Ces différents chapitres sont remarquablement illustrés de dessins représentant les divers temps de l'examen et facilitant la mise en application des différentes techniques.

En conclusion, M. C. Koupernik, rappelant l'opinion d'A. Gesell, l'œuvre si importante d'Henri Wallon, les travaux de M. Bergeron, de Stern, et les divers aspects de la pensée psychanalytique, décrit quatre stades au développement du petit enfant : 1° le stade néo-natal, 2° le stade de l'espace visuel, 3° le stade de l'espace manuel statique, et un quatrième stade caractérisé, dès le début de la deuxième année, au point de vue moteur par l'espace cinétique, au point de vue intellectuel par l'apparition du langage, et au point de vue social par la crise des 2 ans. A la structure « sous-corticale », succède alors un enfant en qui, « dans sa complexité, dans sa richesse », tout est devenir. Connaissance de l'enfant, qui permettra au médecin comme à l'éducateur de l'aider dans les épreuves qui l'attendent pour franchir les étapes suivantes.

Des tableaux destinés à rappeler les étapes essentielles des séquences étudiées et une importante bibliographie terminent cet intéressant petit livre, exposé méthodique des conditions du développement psycho-moteur de l'enfant pendant les deux premières années de la vie, accompagné d'une claire description des moyens pratiques de suivre ce développement.

R. C.

Enfants à l'abandon. Etude sociale et clinique. (Deprived children. A social and clinical study), par Hilda Lewis. (1 volume, xiv-164 pages, Oxford University Press, Londres, New-York, Toronto, 1954).

Par l'expression « Deprived children », l'auteur désigne des enfants en danger moral et physique, sans foyer, vagabonds, victimes de la brutalité des parents, négligés, mal adaptés, délinquants. Le présent livre, préfacé par Sir Arthur Ellis et C. P. Blackor, est dû à Hilda Lewis, psychiatre du centre de Mersham, dans le comté de Kent, où de 1947 à 1950, cinq cents de ces enfants ont été admis. L'auteur décrit leurs conditions physiques et psychiques à l'entrée, leur comportement, les caractéristiques du milieu où ils vivaient. Successivement sont étudiés : la structure et le fonctionnement du centre, le mode d'admission des enfants, la composition et l'état de la famille et de l'ambiance antérieure, les signes physiques et psychiques, les modalités du comportement des enfants, l'influence de la famille et du milieu sur ce comportement, les données de la catamnèse après la sortie du centre. Malgré certaines insuffisances inévitables, malgré la difficulté de la tâche à remplir pour offrir une place normale dans la vie sociale aux enfants passés par une organisation similaire, le centre de Mersham s'est montré très utile. La création d'établissements analogues se montre indispensable. En appendice sont reproduites, en particulier, les histoires cliniques de vingt-quatre enfants. Nombreux tableaux. Index analytique.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Le syndrome cérébelleux et le syndrome vestibulaire, par MILLER-GUERRA, assistant à la Faculté de médecine de Lisbonne. *Préface* du professeur F. BREMER. (1 vol., in-8°, 216 pages, avec 12 figures, Masson et Cie édit., Paris 1954).

Ce livre s'attache à la mise au point et à la révision critique des diverses opinions émises sur un sujet délicat et très controversé. Après un intéressant exposé historique des conceptions anciennes, l'auteur dégage l'influence des acquisitions récentes sur la physiologie du cervelet (Sherrington), et la physiologie vestibulaire (Magnus), souligne l'importance des acquisitions résultant des importants travaux d'anatomie comparée et de clinique tels ceux de Babinski, Gordon Holmes, André-Thomas. Reprenant l'étude de la physiologie du tonus et de la physiologie des fonctions de l'équilibration, M. Miller-Guerra montre en quoi l'influence du cervelet diffère de l'action du vestibule. L'analyse du comportement réflexe des animaux délabrynthés et décérébellés met en évidence que le déséquilibre résulte de mécanismes divers. Le syndrome expérimental du nodulus n'est semblable qu'en apparence au syndrome de la destruction du labyrinthe. Suit une confrontation des données expérimentales avec les enseignements de l'anatomie pathologique (par l'examen anatomo-clinique de vingt-quatre observations de médulloblastomes).

De ces constatations, de la symptomatologie des affections du cervelet, de l'étude du syndrome vestibulaire, l'auteur conclut qu'on ne peut individualiser chez l'homme que deux syndromes cérébelleux : le syndrome du vermis et le syndrome des hémisphères. Tous deux ont une base physiopathologique commune réductible à des troubles du tonus musculaire (hypotonie) et à des troubles des mouvements volontaires (ataxie), plus ou moins marqués selon le siège ou la nature des lésions. Quant aux symptômes dits cérébello-vestibulaires (vertige, nystagmus, déséquilibre, épreuve de l'indication), aucune preuve anatomo-clinique incontestable n'est apportée de leur dépendance directe du cervelet.

Dans un dernier chapitre sont étudiées les relations entre le cervelet et l'appareil vestibulaire, dont en dépit de leur association fonctionnelle, les manifestations particulières peuvent être individualisées par la séméiologie. Fréquente cependant est l'association des deux syndromes, association dont la dysharmonie vestibulaire (Barré) est l'un des signes cliniques importants. « Le syndrome nommé cérébello-vestibulaire est composé de symptômes vestibulaires et cérébelleux correspondant respectivement aux lésions de l'appareil vestibulaire et du cervelet. »

Dans une intéressante préface, le professeur F. Bremer rappelle les progrès récents de la physiologie et de la séméiologie lésionnelle du cervelet. Il souligne l'intérêt de cet important ouvrage, synthèse des données anatomiques, expérimentales et séméiologiques, acquises au cours du dernier quart de siècle.

René CHARPENTIER.

PSYCHOTECHNIQUE

La technique de projection graphomotrice. Emploi clinique et standardisation. (The graphomotor projection technique. Clinical use and standardization), par Samuel B. KUTASH et Raymond H. GEHL. (1 volume, viii-132 pages, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U. S. A., 1954).

L'ouvrage expose les principes d'application du test proposé par les auteurs sous le nom de technique de projection graphomotrice. Le premier chapitre décrit la technique d'emploi et la méthode de notation des résultats. Il s'agit essentiellement de l'inscription par le sujet, au moyen d'un crayon, des mouvements libres obtenus sur une feuille de papier, pendant cinq minutes, les yeux étant recouverts d'un bandeau. Ensuite, sur une seconde feuille, les mouvements libres de crayon sont également inscrits. On demande alors au sujet de dire ce qu'il a dessiné. L'interprétation se base sur les caractéristiques du tracé : structuré ou non, comprenant ou non des lettres, des chiffres, des figures, plus ou moins dense, plus ou moins régulier, plus ou moins appuyé. Divers types de tracés sont reproduits.

Rappelant quelques tests antérieurs, explorant les rapports de l'activité psycho-motrice et de la personnalité, les auteurs décrivent ensuite les résultats d'une étude comparative sur deux séries de sujets du sexe masculin : deux cents schizophrènes, deux cents apparemment normaux. Des tableaux montrent les différences observées. Ensuite, sont rappelés les principes de l'application clinique, puis sont décrits des cas détaillés : sujets normaux de 19 ans, 39 ans, 20 ans, jeune fille de 24 ans, schizophrène à type hétérotypique, schizophrénie à forme simple. En appendice est reproduit le matériel du test. 54 figures. Bibliographie. Index alphabétique.

V.-J. DURAND.

ASSISTANCE

La réadaptation sociale dans les hôpitaux psychiatriques en Angleterre et en Ecosse. (Journal d'un voyage d'études), par Paul BERNARD. (1 volume, xxiv-164 pages, préface de M. P. JEAN, administrateur civil au ministère de la Santé, sur l'organisation administrative de l'assistance psychiatrique en Angleterre et dans le Pays de Galles, Centre d'éditions psychiatriques, Paris, 1954).

Dans la préface, M. P. Jean décrit les rouages de l'assistance psychiatrique anglaise : 1) organisation centrale comprenant, d'une part, l'office de contrôle qui examine tous les dossiers d'admission, fait inspecter par des commissaires spéciaux les établissements pour aliénés et pour déficients mentaux ; d'autre part, une division du ministère de la santé, responsable du traitement des malades ; 2) organisation régionale et autorité locale, avec organismes régionaux (quatorze pour l'Angleterre et le Pays de Galles, cinq pour l'Ecosse) et psychiatres régionaux et organismes locaux. Les établissements comprennent : des hôpitaux pour malades mentaux, des « colonies » pour déficients, des hôpitaux ordinaires ayant une section psychiatrique, des hôpitaux d'en-

seignement. Il y a aussi des consultations externes, des organismes pour enfants et adolescents, des homes, clubs et lieux de convalescence.

Dans une introduction, le docteur Paul Bernard rappelle les conditions de son voyage d'études. Il étudie ensuite divers établissements et organismes visités par lui. Tout d'abord, le ministère de la santé à Londres, puis l'Hôpital Maudsley, important centre d'enseignement, remarquable par la qualité des observations médicales qui y sont faites, le rôle attribué à la sociothérapie et aux psychothérapies de groupe ; le service de psychiatrie de l'Hôpital général Waterloo et la consultation externe de l'Hôpital Saint-Thomas, à Londres ; l'Hôpital Saint-Ebba's, à Epsom (Surrey), le Warlingham Park Hospital, à la vie sociale très active et où l'ergothérapie est appliquée aux affaiblis intellectuels profonds, l'Hôpital Belmont, à Sutton (Surrey) pour les névrosés de l'industrie, la Clinique Tavistock, sans lits d'hospitalisation, recevant un millier de consultants par an, appliquant la psychothérapie analytique de groupe ; l'association nationale pour la santé mentale ; le Saint-Andrew's House, d'Edimbourg, siège du Board of control pour l'Ecosse. L'organisation de la santé mentale en Ecosse est alors décrite. Puis sont évoqués : l'Hôpital royal d'Edimbourg pour les maladies nerveuses et mentales, centre universitaire ; l'Hôpital psychiatrique Dingleton, à Melrose, où les malades jouissent d'une grande liberté, aucune porte ne fermant à clé ; le West Green Mental Hospital, à Dundee ; l'Hôpital psychiatrique Stratheden à Cupar ; le Crichton Royal à Dunfries, à l'organisation matérielle et scientifique remarquable.

Des détails nombreux sont donnés sur la formation professionnelle du personnel infirmier, sur son rôle, ses fonctions, ses conditions de vie, ses traitements. En conclusion, l'auteur montre les leçons à tirer d'une étude de ces divers établissements. Les renseignements abondants fournis par lui peuvent permettre d'utiles comparaisons avec les modalités de l'assistance psychiatrique dans d'autres pays.

V.-J. DURAND.

L'hôpital neuro-psychiatrique de la province de Varese. (L'ospedale neuro-psichiatrico della provincia di Varese), par Giorgio ESCALAR. (1 vol. 64 pages, La Tipografica Varese, 1954).

Dans ce volume, abondamment illustré et préfacé par le professeur Fiamberti, l'auteur, médecin de l'établissement, décrit celui-ci dans ses différents services. Il fait l'historique de l'hôpital ouvert en 1939, occupé par l'armée de 1943 à 1948, puis en détaille les éléments architecturaux, en montre l'ambiance libérale, en détaille l'équipement médico-scientifique, rappelant les thérapeutiques qui y sont employées (ergothérapie, ludothérapie, méthodes biologiques, chirurgie générale et psychochirurgie). Les résultats obtenus sont particulièrement encourageants, comme l'indiquent les tableaux reproduisant, d'une année à l'autre, le mouvement des entrées et des sorties. De grand intérêt se montre le centre neurologique. L'assistance extra-hospitalière se développe. Un soin particulier est donné à la formation du personnel infirmier. Une liste des publications scientifiques faites à l'hôpital neuro-psychiatrique de Varese montre le travail des médecins. En appendice, l'économe, Dott. G. Cinti, fait quelques considérations sur le fonctionnement matériel de l'établissement, rappelant qu'en 1953 le prix de journée était seulement de 750 lires, grâce à une organisation rationnelle.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

La cure de sommeil, comptes rendus publiés sous la direction de G. NORA et M. SAPIR d'un « *Colloque sur la thérapeutique par le sommeil des affections somatiques* ». (1 vol., in-8°, 238 pages, avec 21 figures et 8 tableaux, Masson et Cie édit., Paris 1954).

Si la thérapeutique de l'hypertension artérielle fut le premier mobile des organisateurs à l'Hôpital Rothschild (6-7 mars 1954) de ce colloque sur la cure de sommeil, l'intérêt suscité par les diverses applications de cette thérapeutique en élargit considérablement le cadre. De toute évidence cependant, une thérapeutique dérivée de la doctrine physiopathologique de Pavlov, thérapeutique sur le mécanisme de laquelle les avis sont encore partagés et dont les techniques d'application diffèrent, intéresse au premier chef la neuro-psychiatrie. Aussi le premier rapport, sur les *problèmes théoriques* de la cure de sommeil, fut-il confié à M. Le Guillant. Dans un très clair exposé introductif, M. Le Guillant résuma les trois perspectives, empirique, psychosomatique (psychiatrique ou psychanalytique), pavlovienne, du choix et de l'utilisation thérapeutique des « potentialisateurs ». De la différence de ces perspectives découle la variété des techniques. Si la théorie cortico-viscérale, sur le plan physiologique, « est une base d'une solidité incomparable, satisfaisant pleinement l'esprit », l'auteur ajoute que l'application de cette doctrine à la clinique humaine laisse place aux interprétations psycho-somatiques. Mais, après avoir distingué les effets de la cure de sommeil proprement dite et de l'utilisation thérapeutique des « potentialisateurs », M. Le Guillant s'élève contre la « division de la pratique médicale » à laquelle aboutit la psychosomatique, division que la conception cortico-viscérale, plus physiologique que psychologique, permet de « surmonter entièrement ».

Se basant sur leur expérience personnelle de diverses techniques de la cure de sommeil, MM. Ch. Brisset et V. Gachkel tirent des conclusions de l'étude du comportement des sujets à intervalles variés, pendant et après la cure, afin d'en dégager la place de la *psychothérapie* : psychothérapie d'avant la cure (acceptation, confiance, règlement des problèmes matériels de l'existence), pendant la cure (abréactions d'expériences oniriques ou semi-oniriques en face de certaines situations d'angoisse) et après la cure (psychothérapie brève de réintégration).

Des *données expérimentales récentes sur la physiologie du sommeil* [application à l'étude pharmacologique des amphétamines et de la chlorpromazine (largactil)], MM. P. Dell et M. Bonvallet concluent à l'unité fondamentale du système nerveux central. Un petit nombre de formations du tronc cérébral, étroitement associées, sinon confondues, créent et règlent le niveau d'activité tant des effecteurs moteurs et végétatifs que des hémisphères cérébraux, formations dont l'activité est elle-même conditionnée par des constituants fondamentaux du milieu intérieur. L'inactivation par certains médicaments de ces régions vitales du tronc cérébral entraîne la mise au repos de tout l'encéphale, d'où, avec les effets bienfaisants du sommeil, leur action efficace contre des troubles très divers.

De leurs expériences sur l'intérêt de l'électro-encéphalographie dans les indications de la cure de sommeil, MM. H. Gastaut, A. Roger et J. Roger concluent que les sujets dont le tracé est à prédominance lente sont peu

améliorés par cette thérapeutique, ces malades ayant peut-être « dépassé le stade où la maladie somatique est réversible en agissant sur l'activité nerveuse supérieure ». Une activité de fond rapide, expression de « syndrome d'hyper-excitabilité » (H. Gastaut), signale une diminution des processus d'inhibition interne nécessaires au maintien de « l'harmonie de la dynamique responsable du comportement ».

Bien que le problème de l'hypnose ait eu jadis une vogue naguère condamnée et qu'il soit aujourd'hui bien abandonné, M. L. Chertok consacre au *sommeil hypnotique* une nouvelle étude qui ne sera pas sans surprendre ceux des neuro-psychiatres encore vivants qui ont assisté et parfois pris part aux expériences et aux discussions du passé. D'autant que M. L. Chertok conclut que l'application en thérapeutique du sommeil hypnotique en est encore au stade expérimental et qu'il ouvre une perspective intéressante de recherches aux physiologues et aux psychologues.

De nombreux rapports consacrés à la cure de sommeil dans l'hypertension artérielle et dans différents états pathologiques (infarctus du myocarde, maladie bleue, insuffisance cardiaque, maladie ulcéreuse, troubles de la régulation pondérale, maladies rhumatismales, dermatoses, etc.), à la « neuroplogie » dans un service de chirurgie, figurent encore dans ce volume. Nous signalerons encore les intéressantes observations de MM. P. Wertheimer et J. Angel, relatant des résultats obtenus par eux dans la *cure de sommeil des douleurs irréductibles* et le rapport de MM. R. Cattin, P. Frumusan et M. Bucaille sur l'*infiltration novocaïnique préfrontale en pathologie digestive*, infiltration de novocaïne qui « agit en sectionnant les fibres nerveuses unissant les circonvolutions frontales au thalamus et, par son intermédiaire, à l'hypothalamus. Elle empêche ainsi les perturbations de la dynamique corticale d'intervenir fâcheusement sur les centres hypothalamiques qui commandent le fonctionnement du tube digestif. En cela, la méthode est à rapprocher des cures de sommeil ».

RENÉ CHARPENTIER.

Les bourdonnements d'oreille, par Gabriel HIGGRET et Marcel VAN EYCK (de Bruxelles). *Préface* de Maurice AUBRY. (1 vol. 16 × 24 de 142 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1954).

La séméiologie des bourdonnements d'oreille tire son grand intérêt, tant de la fréquence du symptôme que de la variété de ses causes. Causes qui ne sont pas toutes d'origine organique et qui, même lorsqu'elles le sont, s'accompagnent souvent d'un retentissement psychique d'autant plus important que les spécialistes furent longtemps désarmés contre ces bruits résistant souvent encore à toutes les médications. Le but des auteurs de ce livre est de mettre en évidence la possibilité actuelle « de guérir certains malades des obsessions sonores qui les poursuivent ». Les progrès de l'audiologie, étude de l'audition normale et pathologique (hypoesthésie, hyperesthésie, paresthésies) ont permis de mieux connaître les conditions d'apparition de bruits d'oreille qui ne sont que l'exaltation des bruits physiologiques normaux résultant du tonus nerveux cochléaire. Passagers parfois, permanents souvent, ces bruits ont alors sur le sujet une action déprimante rebelle autant à la psychothérapie qu'à l'administration de sédatifs. Récemment, pourtant, la cophochirurgie est venue apporter la preuve de la réversibilité

de certains acouphènes lorsque l'audition est améliorée par l'opération et, en particulier, par la fénéstration d'un canal semi-circulaire.

Aussi consultera-t-on avec profit ce livre, où l'on trouvera exposées, après les notions récentes sur l'anatomie de l'oreille, son innervation et sa vascularisation, la définition, la classification, l'étiologie et la pathogénie des « tintements » (tintements physiologiques normaux, tintements pathologiques objectifs et subjectifs, toxicoses tintogènes, tintements des traumatismes acoustiques et de la presbyacousie, tintements allergiques, tintements réflexes et en particulier ceux d'origine cervicale et ceux appartenant au syndrome cervical postérieur). Un chapitre spécial est consacré au facteur psychosomatique dans la genèse des tintements « dont la plupart, lorsqu'ils acquièrent quelque intensité, se manifestent chez des névrosés » et à la nécessité dans ces cas d'un examen psychiatrique qu'il est trop souvent encore difficile de faire accepter.

Le diagnostic si important des tintements d'oreille subjectifs est l'objet d'une étude d'ensemble dans laquelle sont méthodiquement classés les divers stades de l'interrogatoire (âge, sexe, profession, habitudes et distractions, caractérologie des tintements et leur identification par des enregistrements dont est indiquée la liste numérotée) et de l'examen (non seulement de l'examen otoscopique et audiométrique, mais de l'examen complet du malade, clinique, psychiatrique, biochimique).

L'étude de la « tintologie », selon l'expression créée par les auteurs de ce livre, et de ses diverses manifestations permet ensuite des conclusions thérapeutiques que la multiplicité étiologique et pathogénique des bourdonnements d'oreille rend souvent d'un choix fort difficile. Thérapeutique générale (prophylaxie, hygiène, diététique, sédatifs, destruction cochléaire médicamenteuse, médications antiscérosantes, traitement de l'hypertension labyrinthique, médications angioneurotiques), thérapeutique locale (dérivation sanguine, saignées, cathétérisme et bougirage de la trompe, réflexothérapie nasale, médication intratympanale, massage tympanal), thérapeutique par les agents physiques (électricité, ultrasons), thérapeutique chirurgicale (microchirurgie de l'oreille moyenne, opérations labyrinthiques de décompression ou de destruction labyrinthique, sympathicothérapie chirurgicale sur le sympathique auriculaire ou sur le sympathique cervical, section du nerf auditif), psychothérapie. Dans tous les cas de tintements quelque peu exagérés peut se poser la nécessité de consulter un psychiatre. Avant de recourir à l'acte opératoire, toutes les ressources d'ordre médical doivent d'abord être utilisées mais les auteurs insistent avec raison sur ce principe « qu'il est d'une extrême importance, chez les névrosés, de ne pas attacher leur attention sur leur mal par une thérapeutique chronique ».

L'importance de l'état psychique des malades se plaignant de bourdonnements d'oreille est soulignée dans cette intéressante monographie, résumé clair et méthodique des connaissances actuelles et des conceptions originales des auteurs. Une importante bibliographie termine cet important travail.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

Considérations sur les données des tests projectifs dans les instabilités acquises de l'enfance et de l'adolescence, par LÉON MICHAUX, M^{me} F. KLEIN, M. P. DURANTON et M^{lle} L. MOOR. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 6 juillet 1954).

Les tests projectifs (Rorschach, Thematic Apperception Test et Children Apperception Test de Murray) permettent généralement d'objectiver dans les instabilités conditionnelles un protocole de névrose (sentiment de frustration affective, agressivité envers les parents). Mais il existe en plus une formule de Rorschach commune à tous les instables, constitutionnels ou acquis. Elle indique l'impulsivité et caractérise le terrain affectif des instables. On en retrouve les éléments chez les épileptiques mais, chez ces derniers, ils sont associés aux signes indiquant la viscosité mentale. Les instables constitutionnels sont ceux qui présentent, en sus du terrain affectif, un terrain neurologique de débilité motrice. Le terrain neurologique est-il absent ou très fruste, l'instabilité est acquise par l'intervention de facteurs physiques (traumatisme crânien, hyperthyroïdie, correction intempestive d'une gaucherie) ou psychiques (chocs moraux, inadaptation affective).

L. R.

L'importance du terrain en psychiatrie infantile, par M. BLANC et M^{lle} M. LAULAN. (*Sud médical et chirurgical*, 87^e année, 31 juillet 1954, p. 3369-3374)

L'étude des antécédents héréditaires et des troubles neurologiques de 700 observations de neuro-psychiatrie infantile permet aux auteurs de revaloriser la notion du terrain conditionnant les troubles de l'affectivité et de la conduite. Ces données sont encore corroborées par les constatations électro-encéphalographiques, à la lumière des travaux de J. Faure. Les conséquences pronostiques et thérapeutiques de ces constatations sont évidentes, en réaction contre les doctrines qui mettent trop exclusivement l'accent sur l'environnement familial et social de l'enfant perturbé.

J. ALLIEZ.

Les problèmes de développement et de maturation du point de vue de la psychiatrie infantile et juvénile, par M. TRAMER (de Berne). (*Revue philosophique de la France et de l'étranger*, nos 4 à 6, avril-juin 1954, p. 218-226).

Dans le développement et la maturation humains, on peut distinguer des ralentissements et des accélérations. Suivant les cas, ces modifications du rythme sont en conjonction harmonieuse et synchrone ou réalisent diverses dissociations entre l'évolution somatique et l'évolution psychique. Il faut

rattacher à la théorie des gènes les modalités du développement. L'auteur rapporte deux observations caractéristiques, montrant le rôle du patrimoine héréditaire comme transmetteur de facteurs déterminés, conformément aux lois générales de la génétique. Mais pour obtenir une solution complète du problème, il faut faire intervenir le domaine du spirituel. La participation de ce dernier est constante dans la biologie humaine.

V.-J. DURAND.

Ontogénèse de la vie psycho-affective et de la douleur, par ANDRÉ-THOMAS. (*L'encéphale*, t. 43, n° 4, 1954, p. 289-311).

Distinguant tout d'abord douleur physique et douleur morale, l'auteur montre la complexité du problème de la douleur. Les difficultés sont encore plus grandes chez le nouveau-né et le nourrisson. Certains réflexes permettant d'explorer les affects sont décrits. Le développement psycho-affectif du nourrisson est ensuite étudié. Chez le nouveau-né, certains actes chirurgicaux peuvent n'amener aucune réaction de douleur grâce au rôle inhibiteur du biberon. Dans l'ensemble, les réactions dépendent à la fois du degré de la sensibilité et de l'affectivité et de l'état psychique du sujet. Au cours des années, après une phase de symétrie fonctionnelle, s'établit la dominance de l'hémisphère gauche. Mais malgré les transformations, l'affect du premier âge reste à la base de l'affectivité de l'enfant plus grand, de l'adolescent et de l'adulte.

V.-J. DURAND.

Aspects alternes et homolatéraux de l'électro-encéphalogramme dans les asymétries de l'innervation de l'âge évolutif. (Aspetti alterni ed omolaterali dell' E. E. G. nelle asimmetrie d'innervazione dell' età evolutiva), par Emilio MANCINI et Adriano BATISTI (d'Ancône). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 15^e année, fasc. 3, mai-juin 1954, p. 273-295).

Les auteurs ont examiné neuf enfants atteints d'épilepsie convulsive (quatre avec crises adhésives, cinq avec crises généralisées). Il y avait neurologiquement des signes d'asymétrie pyramidale. L'électro-encéphalogramme montre : dans les crises à début adhésif : anomalies controlatérales (pointe-onde, oscillations de potentiel ou dépression de l'activité électrique) ; dans les crises généralisées : variations du potentiel prédominant dans les régions centrales ; dans des cas d'arriération et de traumatisme crânien : asymétries des tracés assez discrètes. Aucun des sujets présentant des pointes intermittentes unilatérales n'a manifesté de signes de l'épilepsie dite « psychomotrice ». Reproductions des tracés. Deux photographies.

V.-J. DURAND.

Les processus affectifs réactionnels des adolescents épileptiques face à leur infirmité, par LÉON MICHAUX. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 17 novembre 1953).

On connaît les particularités intellectuelles (bradypsychie, viscosité mentale) et caractérielles (irritabilité, impulsivité, surnoiserie, perversité éventuellement associés) qui singularisent la mentalité épileptique. A côté de

ces troubles, qu'il dénomme primitifs, l'auteur individualise des troubles secondaires qui résultent de l'inadaptation familiale, scolaire, professionnelle, sociale des épileptiques : inadaptation qui commande la misère et un sentiment d'humiliation. Les troubles secondaires inspirent des réactions dépressives ou d'opposition. Les facteurs psychologiques fournissent la motivation (désespoir, révolte), l'impulsivité assure la rapidité de l'exécution. Troubles primitifs et secondaires s'associent donc. Les activités durant les équivalents peuvent elles-mêmes être la réalisation automatique d'une instance affective préalable. Devant son infirmité, l'épileptique manifeste une des trois réactions suivantes qui sont isolées ou successives : dissimulation des crises, démission de tout effort et de tout traitement, majoration et utilisation de la maladie. La prophylaxie en résiderait dans un perfectionnement de l'armement médico-social qui mette fin à la situation lamentable des épileptiques, parias actuels de la société.

L. R.

Etude sur l'épileptoïdisme infantile avec le test de Rorschach. (Studio sull' epilettoïdismo infantile col test di Rorschach), par FRANCO de FRANCO (de Messine). (*Rassegna di neuro-psichiatria*, vol. 6, n° 5, septembre-octobre 1952, p. 363-400).

Pour l'auteur, le test de Rorschach montre que tous les enfants épileptiques examinés, même ceux « cliniquement normaux », présentent des traits caractéristiques qui les distinguent des sujets normaux de contrôle. Certains traits de la personnalité sont constants, d'autres seulement très fréquents. Avec le test de Rorschach, on peut faire le diagnostic du type de personnalité épileptoïde et distinguer : l'épileptoïde violent, l'épileptoïde instable, l'épileptoïde hypersocial. De l'ensemble de l'étude, l'auteur conclut que l'épileptoïdisme n'est pas imputable à une lésion organique acquise du cerveau, car des signes évidents au test de Rorschach distinguent les épileptiques cérébropathiques et biopathiques. Nombreux tableaux de données numériques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Epilepsie réflexe immédiate par lésion du sciatique. Rôle prédisposant possible de l'infestation par le tænia, par LÉON MICHAUX, M^{me} OUDOT-LE HÉNAFF et C. LEROY. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 19 mai 1953).

Une injection intramusculaire d'un antibiotique provoque, chez une enfant de 6 ans, une paralysie du sciatique poplité externe et un état de mal épileptique qui se déclenche alors que l'aiguille est encore en place. Pas d'antécédents comitiaux. Electro-encéphalogramme normal. Infestation par le tænia. Le mécanisme réflexe est ici évident. Les auteurs évoquent la notion d'épilepsie réflexe et ses bases. Notion niée par certains, réduite par la plupart à un mécanisme déclenchant supposant des facteurs associés. Ils soulèvent l'hypothèse d'un rôle préparant de l'infestation par le tænia, et passent en revue les idées relatives à l'épilepsie vermineuse.

L. R.

A propos de deux observations de myoclonie-épilepsie, par LÉON MICHAUX et A. GRASSET. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 20 octobre 1953).

Avant que l'électro-encéphalogramme ait mis en évidence la fréquence des myoclonies chez les épileptiques, la myoclonie-épilepsie avait été décrite dans des tableaux cliniques rares : forme localisée (épilepsie partielle continue de Kojewnikov), formes généralisées familiales (type Unverricht) ou non (type Lundborg) ; l'autre intermittente et non familiale (type Rabot). En présentant deux filles, l'une réalisant le type Lundborg, l'autre le type Rabot, les auteurs montrent qu'il ne faut pas opposer trop absolument les deux types, le second pouvant aboutir au premier, et les anomalies de l'électro-encéphalogramme étant identiques dans les deux cas.

L. R.

Les faux énurésiques, par G. LAURET. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 17 novembre 1953).

Observations d'enfants considérés à tort comme « énurésiques » alors qu'ils étaient porteurs de malformations (notamment du *veru montanum*), décelables par la cystoscopie. L'examen urologique est à conseiller dans les cas d'énurésie rebelle, car un traitement simple (électro-coagulation) suffit souvent pour faire disparaître les troubles de la miction qui sont la conséquence de la malformation.

L. R.

L'éducation précoce de l'enfant difficile. (Zur Früherfassung der schwierigen Kindes), par Eleonora BRAUCHLIN (de Zürich). (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, 33^e année, n° 3, mars 1953, p. 101-107).

L'auteur distingue : les troubles des organes sensoriels (par exemple : faiblesse de la vue), les troubles des centres perceptifs avec défauts de développement cérébral, enfin les troubles des organes de la vie de relation (par exemple : réactions neuro- ou psychopathiques, troubles du langage). Il est nécessaire de séparer les défauts constitutionnels et ceux dus au milieu. Il y a d'ailleurs souvent association des deux variétés. C'est par la connaissance de ces différents facteurs que peut être précisée la conduite à tenir. Des exemples sont donnés.

V.-J. DURAND.

Éducation thérapeutique. (Therapeutische Erziehung), par Karl HEYMANN (d. Bâle). (*Gesundheit und Wohlfahrt. Revue suisse d'hygiène*, 33^e année, n° 3, mars 1953, p. 125-145).

Toute éducation présente un contenu thérapeutique. Montrant les modifications apportées au développement de l'enfant par les conditions de la vie moderne, l'auteur indique les rôles respectifs de la famille et de l'école pour l'établissement d'une correcte échelle des valeurs. Les différentes disciplines scolaires sont envisagées. L'intérêt d'une formation artistique est bien mis en relief.

V.-J. DURAND.

Tracés électro-encéphalographiques dans certains troubles de la parole chez l'enfant, par Jean DELAGE. (*Laval médical*, Québec, vol. 18, n° 2, février 1953, un extrait de 22 pages).

56 enfants ont été étudiés. Des anomalies non spécifiques de l'électro-encéphalogramme furent trouvées dans seulement 5 des 29 cas de bégaiement, surdité partielle, retard de la parole, surdi-mutité et retard combiné de la parole et de la marche. Des altérations des tracés furent observées dans 23 des 27 cas d'oligophrénie accentuée, d'encéphalopathies et de certains syndromes neurologiques. Les troubles les plus fréquents furent : ondes lentes, pointes, pointes-ondes, ondes rapides postérieures irrégulières. Il y a prépondérance des perturbations sur le côté gauche. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Alexie syllabique acquise à 9 ans après un épisode méningé. Concomitance de séquelles bravais-jacksoniennes droites. Discussion de la pureté de l'alexie, par Léon MICHAX, P. DURANTON et M^{me} E. TRAMICHEL. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 15 décembre 1952).

L'alexie pure, dénuée de tout alliage d'aphasie de Wernicke, d'anarthrie, d'hémiplégie, d'affaiblissement intellectuel, est assez rare chez l'adulte et le vieillard pour que son existence ait été contestée par certains auteurs. Chez l'enfant, les cas primaires (dyslexies d'évolution) sont légion, souvent accompagnés d'épilepsie clinique ou d'anomalies électro-encéphalographiques. Mais les alexies acquises de régression sont exceptionnelles, surtout sans aphasie, sans affaiblissement intellectuel. Les auteurs en rapportent une observation secondaire à un épisode méningé survenu à 9 ans, associé à une épilepsie bravais-jacksonienne droite. Ils discutent et éliminent l'association d'une aphasie fruste devant certaines inversions et enchevêtrements syllabiques dans les mots de plus de trois syllabes, d'acquisition postérieure à l'alexie. Ces troubles leur apparaissent dépendre de celle-ci, l'absence de lecture privant le sujet de la mémoire visuelle, qui est capitale dans le développement du vocabulaire et l'apprentissage de l'orthographe.

L. R.

Syndrome encéphalitique chez un enfant présentant une réaction positive vis-à-vis de « Rickettsia burneti », par L. PORTE et M. CAPPONI. (*Bulletin de la Société de pathologie exotique*, séance du 9 juin 1954).

Chez un enfant européen de 4 ans, syndrome encéphalitique suraigu avec adénopathies fugaces, qui céda à un traitement par la pénicilline, l'auro-mycine et la chloromycétine. Le sérum prélevé au 21^e jour donna des réactions positives vis-à-vis de l'antigène *Rickettsia burneti*.

L. R.

Méningite à « bacterium coli » du nouveau-né guérie, par R. DEBRÉ, P. MOZZICONACCI, M^{lle} M. BOCHET, B. LEVÊQUE, H. TÊTU et J. SEBONI (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 16 juin 1953).

Nouveau-né chez lequel une méningite à *bacterium coli* est apparue au cinquième jour de l'existence. Elle fut traitée par la streptomycine, la chloro-

mycétine et les sulfamides par voie générale et par la streptomycine associée aux fibrinolytiques (streptokinase, streptodornase) par voie intra-rachidienne. Les cas de méningite à *bacterium coli* restent exceptionnels à cet âge de la vie. Le point de départ est une injection cutanée. A l'entrée, la cicatrice ombilicale était infectée et contenait des colibacilles non pathogènes.

Les remarques les plus importantes concernent la thérapeutique. En raison de la gravité et de l'épaississement du pus du liquide céphalo-rachidien, le traitement intra-rachidien ci-dessus mentionné avait été institué et avait donné une amélioration indiscutable. Mais moins d'une heure après une injection intra-rachidienne, l'enfant présenta un état très inquiétant avec pâleur, cyanose, convulsions, état qui nécessita la mise en œuvre d'une respiration artificielle, et pendant deux jours, la perfusion. Le traitement par antibiotiques fut poursuivi, mais on suspendit toute injection intra-rachidienne. On obtint la guérison sans séquelles, mais les auteurs font observer que l'emploi de la streptokinase impose une prudence accrue dans la posologie des antibiotiques intra-rachidiens.

L. R.

A propos de 2 observations de méningite à « *Neisseria catarrhalis* », par R. SACREZ, M^{me} G. HEUMANN et M. MINK. (*Bull. de la Société de pédiatrie de l'Est*, séance du 21 février 1953).

Deux observations de méningite aiguë à *Neisseria catarrhalis* chez des prématurés. Le germe a pu être mis en évidence chez les deux malades dans le sang et, chez l'un d'eux, dans la gorge, au moment où la méningite a été découverte. Les deux enfants sont morts malgré le traitement (auréomycine et sulfamides dans le premier cas ; auréomycine et pénicilline dans le deuxième cas).

L. R.

Méningite purulente à bacilles paratyphiques B chez un enfant de 3 semaines, par P. BEYER et M^{me} WEILL. (*Bulletin de la Société de médecine de Nancy*, séance du 25 février 1953).

Chez un nourrisson de 3 semaines, manifestations cliniques évidentes de méningite apparemment primitive. A la ponction sous-dure-mérienne : pus très épais obtenu seulement après aspiration, liquide ventriculaire beaucoup plus fluide, purulent. Ponction lombaire : pas d'écoulement. Examen bactériologique : paratyphique B type S. Hémoculture positive, sérodiagnostic positif à 1 %. Aucun signe clinique ne permet de penser à une typhoïde, en particulier pas des troubles digestifs. Traitement : streptomycine et tifomycine. Après courte amélioration, évolution fatale en un mois. A l'autopsie : pus épais recouvrant les hémisphères et accumulé dans les citernes de la base. Présence de plusieurs abcès intracérébraux isolés dont l'un a ulcéré la base du ventricule latéral. Intestins sans particularité.

L. R.

Calcifications supra-sellaires associées à des séquelles neuropsychiatriques et endocriniennes d'une méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine, par G. HEUYER, S. LEBOVICI, M. FELD, E. MARTIN et M^{lle} JURE-DIEU. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 17 mars 1953).

Chez un garçon de 7 ans 1/2, de père tuberculeux, méningite lymphocytaire subaiguë accompagnée d'une éclosion de tubercules de Bouchut. Traitement par streptomycine générale et intra-rachidienne pendant un an, jusqu'à disparition des signes cliniques et humoraux de méningite. En cours d'évolution, crise d'épilepsie généralisée suivie d'état léthargique pendant plusieurs jours et coïncidant avec une flambée d'œdème papillaire bilatéral. Puis, troubles psychiques irréversibles, surdité et décoloration papillaire.

Trois ans après le début de la méningo-encéphalite tuberculeuse, le bilan psychiatrique montre une débilité avec fixation du niveau mental à l'âge du début de la méningite et troubles graves du comportement avec hétéro-agressivité, hypomanie, exhibitionnisme sexuel. A 10 ans 1/2, l'enfant présente des signes sévères de puberté précoce et des troubles métaboliques notables. Les radiographies crâniennes montrent une volumineuse calcification supra-sellaire qui n'existait pas sur les radiographies faites au début de la méningite. La pneumo-encéphalographie situe cette calcification dans la citerne chiasmatico-interpédonculaire, sous le plancher du III^e ventricule, et montre une symphyse des citernes en amont, dans la région prépontique.

L. R.

Surinfection par les injections médicamenteuses au cours du traitement d'une méningite tuberculeuse. Son diagnostic avec les réactions dites d'irritation, par Robert DEBRÉ, H.-E. BRISSAUD, M. NAVEAU, REPESSÉ et REY. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 15 décembre 1952).

Observation d'une petite fille actuellement guérie d'une méningite tuberculeuse, mais chez laquelle fut observée, au cours des injections médicamenteuses endoméningées, une surinfection accidentelle.

Les auteurs pensent que ces surinfections survenant au cours du traitement antibiotique ont souvent un caractère fruste, transitoire et camouflé, qui fait qu'elles sont souvent méconnues ou interprétées comme des réactions de simple irritation par les injections médicamenteuses. Ici, la surinfection finit par faire sa preuve après des épisodes transitoires et récidivants qui réalisèrent des exemples de cette symptomatologie souvent trompeuse.

L. R.

Chorée aiguë au cours d'une tuberculose méningée de l'enfant (document cinématographique), par M. JANBON, L. BERTRAND, J. SALVAING et J. ROUJON, (*Bull. de la Société de pédiatrie de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 8 mars 1953).

Observation, chez un enfant de 9 ans, au premier mois d'une méningite tuberculeuse, de mouvements anormaux de grande amplitude, prédominant aux membres supérieurs et de type choréo-athétosique.

Les auteurs rappellent l'extrême rareté du syndrome choréique aigu au cours de la tuberculose méningée, notamment chez l'enfant. Son association

à une symptomatologie diencéphalique et son caractère fugace permettent d'invoquer la nature inflammatoire de l'atteinte des noyaux gris centraux et des centres végétatifs, contemporaine de la phase initiale de la maladie.

L. R.

Relation d'une épidémie de 14 cas d'oreillons dont 9 à forme méningée survenue dans une collectivité d'enfants primo-infectés, par H. BOUR, M^{me} HÉBERT-JOUAS et M^{lle} VOLLAIRE. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 3 juillet 1953).

Epidémie d'oreillons à forme essentiellement méningée survenue dans un pavillon d'enfants primo-infectés entre le 12 juin et le 21 décembre 1952. Sur 14 cas, 9 ont été des méningites ourliennes pures, dans un cas il s'agissait d'une forme mixte. Le diagnostic avec un épisode de tuberculose méningée a été aisé dans l'ensemble, du fait de l'aspect clinique et des particularités du liquide céphalo-rachidien : pléiocytose isolée sans hypoglycorrachie, hyperalbuminorachie discrète. Le dosage de l'amylase sérique s'est révélé normal dans 4 cas sur les 5 dans lesquels il a été mis en œuvre. Par contre, la réaction de fixation du complément avec l'antigène V a été positive dans les 10 cas où elle a été pratiquée. Les auteurs discutent les conditions du déroulement de cette épidémie d'oreillons en attirant l'attention sur la variabilité apparente de la période d'incubation. Ils discutent des facteurs pouvant intervenir dans la fréquence anormale de l'atteinte méningée au cours de cette épidémie.

L. R.

Hématome sous-dural compliquant une méningite à bacille de Pfeiffer. Guérison chirurgicale, par Robert DEBRÉ, P. MOZZICONACCI, M^{me} J. LEPINTRE et M. P. MASSE. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 6 juillet 1954).

Enfant de 3 ans 1/2 guéri d'une méningite à bacille de Pfeiffer ayant débuté par des crises convulsives prolongées, un coma profond, des vomissements sanglants. Malgré l'emploi des antibiotiques par voie parentérale et intra-rachidienne, une injection intra-ventriculaire dut être pratiquée au 17^e jour, donnant une amélioration très passagère, bientôt suivie de l'apparition d'une hémiplegie gauche et de troubles psychiques. La température restant élevée en dépit du traitement institué, on pratique toute une série d'examen, pour la plupart négatifs. On note toutefois une augmentation de la vitesse de sédimentation et de la polynucléose. Un nouvel encéphalogramme montre une anomalie très nette dans la région frontale droite et l'encéphalographie gazeuse révèle un aplatissement du ventricule droit. Une opération montre un volumineux hématome sous-dural droit, extirpé en deux temps. La température cède aussitôt. Pendant cinq mois, l'état paraissait satisfaisant, mais des crises d'épilepsie bravais-jacksonienne firent leur apparition, nécessitant l'administration de gardénal. L'utilité d'un tel traitement neuro-chirurgical s'est présentée dans 4 autres cas sur 24.

L. R.

Hématome sous-dural associé à des fractures multiples des membres supérieurs, par Julien MARIE, P. APOSTOLIDÈS, E. ELIACHAR et G. LYON. (*Bulletin de la Société de pédiatrie*, séance du 20 octobre 1953).

Observation d'un nourrisson du sexe féminin âgé de 3 mois 1/2 présentant un hématome sous-dural bilatéral sans trouble neurologique grave avec des fractures multiples, d'âges différents, des membres supérieurs. Les fractures se sont produites à la 10^e et 14^e semaine ; pas de maladie localisée ou généralisée du squelette ; aucun signe de scorbut ou de rachitisme. Temps de saignement, temps de coagulation, taux de prothrombine, chiffre des plaquettes, tous normaux, ainsi que les chiffres du phosphore et du calcium dans le sang. Bordet-Wassermann négatif. Aucune étiologie n'a pu être retrouvée ; le traumatisme semble pouvoir être éliminé. L'accouchement difficile (siège décomplété) ne peut pas expliquer les fractures survenues au cours des 2^e et 3^e mois. Il existe neuf autres cas de ce syndrome dans la littérature.

L. R.

Hématome intracérébral spontané chez une fillette de 13 ans, par P. GIRAUD, J.-E. PAILLAS, A. ORSINI et R. VIGOUROUX. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 17 février 1953).

Observation d'une fillette de 13 ans, qui fit brusquement une hémiparésie flasque du côté gauche avec aréflexie tendineuse complète de ce côté, aréflexie tendineuse au membre inférieur droit sans signe de Babinski ; en même temps, important syndrome méningé. Le diagnostic de poliomyélite, initialement envisagé, fut écarté sur la constatation d'une stase papillaire et sur la révélation par l'électro-encéphalogramme d'un foyer pathologique localisé à l'hémisphère cérébral droit. A la ventriculographie gazeuse, aplatissement du plafond du ventricule droit. L'artériographie ne montrait aucune anomalie. L'intervention permit d'évacuer un hématome situé à la partie profonde de la région frontorolandique droite ; suites opératoires bonnes. La malade quitta l'hôpital ne présentant plus qu'une légère diminution de la force musculaire à gauche ; fond d'œil et électro-encéphalogramme revenus pratiquement normaux.

Enquête étiologique entièrement négative. Les auteurs soulignent la rareté des observations d'hématome intracérébral spontané chez les enfants.

L. R.

Angiomatose encéphalo-trigéminee. A propos de 6 observations, par N. NEIMANN, M. PIERSON et M. MANCIAUX. (*Bulletin de la Société de médecine de Nancy*, séance du 25 février 1953).

Les cinq premières observations se rapportent à des enfants atteints d'angiome du visage associé à des troubles neurologiques : convulsions jacksoniennes ou généralisées, hémiplégie, troubles psychiques. Les yeux étaient indemnes. Deux de ces enfants avaient des altérations radiologiques : asymétrie crânienne, calcifications cérébrales. L'électro-encéphalogramme était perturbé chez quatre malades. La sixième observation concerne une fillette qui avait un vaste angiome étendu sur le visage, la moitié gauche du tronc, le bras et la jambe gauches avec hypertrophie de ces membres (syndrome de Klippel-Trénaunay). Il n'y avait pas de troubles neurologi-

ques, mais l'électro-encéphalogramme était fortement perturbé. Les auteurs discutent le problème des formes frustes, infracliniques de la maladie de Sturge-P. Weber.

L. R.

Aspects cliniques des tumeurs cérébrales chez l'enfant, par R. LAFON, Cl. GROS, R. LABAUGE, J. CADILHAC et H. BONNET. (*Bull. de la Société de médecine du travail de la région toulousaine*, séance du 7 février 1953).

Quatre observations de tumeurs cérébrales chez l'enfant : cas de tumeurs de la tige, d'évolution lente (3 ans) ; cas de tumeur du III^e ventricule ayant simulé la symptomatologie d'une méningite tuberculeuse ; observation d'astrocytome frontal ayant évolué sous le masque d'une tumeur de la fosse cérébrale postérieure et dont le diagnostic ne fut apporté que par la ventriculographie ; observation d'un cranio-pharyngiome diagnostiqué grâce à la cisternographie basale.

L. R.

Sur les tumeurs cérébrales chez l'enfant. A propos de 15 cas, par J. CHAPTAL, Cl. GROS, R. JEAN, M^{me} Cl. CAMPO-BÉCHARD, R. LOUBATIÈRES et Y. BARJON. (*Bull. de la Société de médecine du travail de la région toulousaine*, séance du 7 février 1953).

Les auteurs ont observé quinze enfants (de 1 à 14 ans) atteints de tumeur cérébrale ; soit, chez les très jeunes enfants, deux tumeurs sus-tentorielles sur trois ; et, chez les sujets plus âgés, sept tumeurs sous-tentorielles sur douze. Ils soulignent la difficulté du diagnostic : tous les éléments (examen clinique et explorations complémentaires habituelles) peuvent être absents, aberrants ou sans signification. Les explorations neuro-chirurgicales — ventriculographie et artériographie — sont obligatoires au moindre doute.

Intervention chirurgicale toujours à conseiller, car elle permet dans un certain nombre de cas (40 %) des survies notables.

L. R.

Sur le problème des tumeurs du cerveau chez l'enfant, par Cl. GROS, R. LOUBATIÈRES, J. CADILHAC, H. BONNET, B. VLAHOVITCH et A. SOLASSOL. (*Bull. de la Société de médecine du travail de la région toulousaine*, séance du 7 février 1953).

Trente-deux cas de tumeur cérébrale de l'enfant jusqu'à 15 ans. De cette statistique, il ressort que le nombre des tumeurs de la fosse postérieure n'est que très peu supérieur à celui des tumeurs sus-tentorielles. Le diagnostic de néoformation est parfois difficile à faire ; quant à la localisation, elle exige — en dehors des signes cliniques infidèles dans certains cas — la mise en œuvre de la ventriculographie, de l'électro-encéphalogramme, de l'artériographie.

L'intervention chirurgicale a été la règle ; malgré une mortalité opératoire de 15 %, les résultats ont été satisfaisants puisque, actuellement, 16 des malades sont en vie — certains, depuis quatre, cinq et six ans ; et un, depuis dix ans. L'intervention permet de faire une exérèse large et de prévoir, suivant la nature histologique, un traitement radiothérapique.

L. R.

Maladie de Schilder-Foix. Etude anatomo-clinique d'un cas, par J. DE AJURIAGUERRA, H. HÉCAEN et J. FRETET (de Paris). (*La Presse médicale*, 25 décembre 1953).

Affection ayant frappé un enfant de 8 ans et ayant évolué vers la mort en vingt-deux mois. Les premières manifestations cliniques furent des troubles de l'humeur et du caractère ainsi que des troubles visuels. Très rapidement, apparition d'état d'inertie psychomotrice avec réduction du langage et bientôt déchéance intellectuelle. Aggravation progressive ; troubles visuels évoluant vers la cécité. Signes pyramidaux s'accroissant progressivement avec troubles de l'équilibration et troubles vestibulaires. Après l'expression du langage, la compréhension disparaît peu à peu. Itérations verbales. Marche longtemps possible, rigidité peu marquée, évolution sans mouvements anormaux, sans spasme tonique, sans crise convulsive, vers une quadriplégie en flexion. Etat général atteint seulement tardivement. Tracé électro-encéphalographique très désorganisé dès les premiers stades de l'affection.

Au point de vue anatomique, aspect typique de maladie de Schilder-Foix, avec démyélinisation centro-lobaire et conservation des fibres en U. Prédominance postérieure des lésions, avec atteinte maxima des lobes temporaux et occipitaux, particulièrement nette. Les particularités anatomiques de cette observation consistent dans l'extension des lésions vers la région pontique, l'atteinte des noyaux gris centraux, en particulier du bord capsulaire du noyau lenticulaire et des parties externes du thalamus, la démyélinisation et les infiltrats périvasculaires du chiasma et des nerfs optiques.

L. R.

A propos d'un cas de gliome du nerf optique, par G. OFFRET et H. SARAUX (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 21 mars 1953).

Enfant de 11 ans qui présenta une baisse visuelle unilatérale avec exophtalmie et stase papillaire. La radiographie montra une dilatation du trou optique ; la tomographie, après injection d'air dans l'orbite, montra la tumeur. Le diagnostic de gliome du nerf optique fut posé. L'opération neurochirurgicale, après taille d'un volet et découverte du nerf, ne montra pas de lésion apparente du nerf auquel il ne fut pas touché. Quelque temps après, ablation du nerf par voie orbitaire avec conservation du globe. Le nerf était triplé de volume, il s'agissait bien d'un gliome à petites cellules.

L. R.

Hémiplégie par neurinome cervical chez l'enfant, par H. ANDUZE, M^{lles} S. LAVITRY et H. STERN. L. GLEIZES et H. ROULLEAU. (*Bulletin de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 16 avril 1953).

Hémiplégie gauche progressive chez un garçon de 6 ans, sans aucun phénomène douloureux, trouble sensitif objectif, amyotrophie. Les signes pyramidaux font incriminer une lésion hémisphérique, puis un nystagmus et une paralysie faciale gauche, une néoformation intra-axiale. Les investigations ne montrent qu'une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Fond d'œil, électro-encéphalographie, encéphalographie

gazeuse, artériographie et cisternographie normaux. L'élargissement considérable du trou de conjugaison C 6-C 7 permet de soupçonner une compression cervicale confirmée par le lipiodol et par l'intervention. Il s'agit d'un neurinome de C 7, du volume d'un œuf de pigeon, comprimant la face antérieure de la moelle et faisant issue, à travers le trou de conjugaison, dans la région cervicale.

Les auteurs insistent sur la symptomatologie inhabituelle de cette tumeur cervicale, sur la difficulté du diagnostic de l'hémiplégie spinale chez l'enfant, sur l'importance de l'élargissement du trou de conjugaison et sur la rareté du neurinome chez l'enfant, avant l'âge de 10 ans.

L. R.

Syndrome de Guillain-Barré chez l'enfant (2 observations), par P. RUIER (de Besançon). (*Bull. de la Société de pédiatrie de l'Est*, séance du 21 février 1953).

Observation d'un syndrome de polyradiculo-névrite avec dissociation albumino-cytologique chez deux enfants (7 et 5 ans) ; début brutal en pleine santé, sans prodromes, évolution apyrétique, guérison définitive en trois mois chez l'un, en sept mois chez l'autre. Cela, au cours d'une poussée poliomyélitique dans la région (Franche-Comté).

L. R.

Poliomyélite mortelle chez un nourrisson de 17 jours, par P. VONDERWEIDT et P. VERGNET. (*Bull. de la Société de pédiatrie de l'Est*, séance du 21 février 1953).

Nourrisson de 17 jours, malade depuis le matin, prostré, tics des paupières, paralysie du sphincter vésical, atteinte des muscles respiratoires, liquide céphalo-rachidien, 340 cellules dont 1 % des polynucléaires, le reste des monocytes et des lymphocytes. Réflexes rotuliens vifs à l'admission, mais non décelables quelques heures plus tard. Exitus peu d'heures après l'admission. Autopsie : myélite aiguë des cornes antérieures de la moelle.

L. R.

A propos du métabolisme basal chez l'enfant, par H. BLOCH-MICHEL (*Bulletin de la Société d'endocrinologie*, séance du 28 mai 1953).

Insistant sur la difficulté de la détermination et de l'interprétation du métabolisme basal chez l'enfant, l'auteur montre que cette épreuve doit comporter, pour être valable, des mesures répétées à quatre ou cinq reprises et à dix minutes d'intervalle, la plus faible valeur ainsi obtenue étant seule retenue.

La multiplicité des standards offerts par la littérature nécessite que soit toujours mentionné celui qui est pris comme référence, l'auteur conseillant d'adopter chez les filles les tables de Vogelius et, chez les garçons, celles de Bierring ou de Boothby, Berkson et Dunn. Il importe enfin de tolérer des écarts de ± 15 % par rapport à la normale.

Plus encore que chez l'adulte, les variations normales du métabolisme basal, et celles que lui imprime toute anomalie dans le développement sta-

tural ou pondéral, limitent la valeur de cette épreuve. Elle garde néanmoins son importance lorsque les autres procédés d'exploration sont infidèles ou défaillants à l'établissement d'un diagnostic ou à la surveillance d'un traitement.

L. R.

PSYCHOLOGIE

Psychopathologie et psychologie, par E. MINKOWSKI. (*Revue philosophique de la France et de l'étranger*, nos 4 à 6, avril-juin 1954, p. 200-217).

La psychopathologie est-elle une pathologie du psychologique ou une psychologie du pathologique ? « Pathologie du psychologique », on met l'accent sur le point de vue médical ; « psychologie du pathologique », c'est le point de vue anthropologique. Les deux conceptions s'affrontent sans s'exclure. Il est nécessaire d'approfondir l'étude des faits psychopathologiques. C'est ce que fait la psychopathologie phénoménologique. La pathologie du psychologique prend pour modèles la physiologie et la pathologie générale. L'auteur donne des exemples de cette attitude, entre autres les hallucinations, la notion de déséquilibre, les troubles de l'affectivité avec particulièrement l'anxiété et l'angoisse, enfin les idées délirantes. La psychopathologie se montre « psychologie du pathologique souvent bien plus que pathologie du psychologique, psychologie du psychologique et de l'humain également parfois ».

V.-J. DURAND.

Sur l'intérêt de l'enseignement de la psychologie comme science basale en médecine, par A. LAMACHE, BURLAND et DAVOST. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 16 juin 1953).

Après avoir montré la place de plus en plus grande occupée par les méthodes et les techniques de la psychologie moderne dans l'exercice de la médecine la plus générale, les auteurs insistent sur la nécessité de dispenser un enseignement de psychologie durant les premières années des études médicales.

L. R.

Méthodes psychologiques et unité de la psychologie. (*Psychologische Methoden und Einheit der Psychologie*), par Igor A. CARUSO (de Vienne). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 1-2 janvier-mars 1953 p. 96-117).

Rappelant les différentes définitions de la psychologie clinique, dont une des meilleures est celle de Lagache, l'auteur décrit les diverses tendances actuelles en psychologie, les rapports avec la psychopathologie, les problèmes posés par l'emploi des tests en clinique psychiatrique, les conflits entre psychothérapeutes médecins et non-médecins, le rôle de la conscience dans la psychologie contemporaine. D'importantes considérations sont formulées sur la portée et les limites de la psychologie clinique.

V.-J. DURAND.

L'intelligence humaine : sa mesure, sa valeur. (L'intelligenza umana : sua misura, suo valore), par Ettore PATINI. (*L'Ospedale psichiatrico*, 20^e année, fasc. 3, juillet-septembre 1952, p. 241-280).

Rappelant les diverses définitions de l'intelligence proposées par les psychologues, l'auteur fait une critique serrée des méthodes de mesure du niveau intellectuel par les tests. Il montre le caractère insuffisant de ceux-ci. Cherchant à caractériser la nature de l'intelligence, il attribue dans le développement et la richesse de cette dernière, une grande place à la « fantaisie », entendue comme capacité de faire des hypothèses, d'anticiper, faculté très voisine de l'imagination, sans cependant se confondre avec elle.

V.-J. DURAND.

Enregistrement photographique des mouvements oculaires au cours de phénomènes de mémoire, par F. MOREL, P. SCHIFFERLI, J.-J. BURGERMEISTER et P. DICK (de Genève). (*Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales*), vol. 10, 1954, fasc. 2, p. 135-142.

Au moyen d'une méthode optique d'enregistrement photographique des déplacements de la cornée, on obtient une image approchée des excursions que fait l'axe visuel. Ces excursions ont été enregistrées au moment où le sujet explore, c'est-à-dire, suit les contours d'une figure qui lui est présentée et ensuite, au moment où, de mémoire, il se représente cette figure. L'alternance des pauses et des saccades, la direction et la longueur des saccades, la durée globale de l'opération, les particularités propres à l'individu se retrouvent dans ces deux performances.

Cette méthode paraît capable de renseigner sur les phénomènes de mémoire en tant qu'ils sont en rapport avec la vision, sur leur aspect moteur et sur l'effet propriocepteur probable, sur les modalités individuelles qu'ils manifestent, sur la durée de leur conservation et, sans doute, sur leurs déformations, leurs détériorations et leur disparition.

L. R.

Qualités et garanties qui doivent être exigées des examens psychotechniques mis en œuvre dans l'industrie, par DERVILLÉE et VALETTE. (*Bull. de la Société de médecine du travail de Bordeaux et de sa région*, séance du 16 décembre 1952).

Les auteurs concluent que la formation du futur psychotechnicien doit être solide et sanctionnée par un examen uniforme et que la profession doit être réglementée. Les indications fournies par le psychotechnicien doivent respecter le secret professionnel. D'autre part, il y a intérêt à ce que médecins du travail et psychotechniciens collaborent, au lieu de s'ignorer comme cela se produit souvent. L'examen psychotechnique mérite d'être intégré dans le cadre des examens auxquels il doit être fait appel, le cas échéant, pour la surveillance médicale du travailleur.

L. R.

Etude d'un nouveau test de psychotechnique : Le tachitoscope, par A. IZARD et L. JARDILLIER. (*Bull. de la Société de médecine du travail de la région toulousaine*, séance du 7 février 1953).

Test qui constitue une épreuve de rapidité de perception visuelle, important en matière de prévention des accidents. Selon nombre d'auteurs, la ten-

dance aux accidents provient d'une dysharmonie entre la rapidité de perception et la rapidité motrice. Description de l'épreuve, qui consiste à faire lire au sujet, à travers un obturateur photographique, réglé au 1/25^e de seconde, des nombres de plus en plus complexes. On compte les ouvertures nécessaires à la lecture correcte des nombres proposés.

Discussion de la valeur de la méthode, fidélité, facteurs d'erreurs. Application sur une population de chauffeurs de transports en commun.

L. R.

Etude expérimentale sur le test de Zulliger, par J. M. JAUR. (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 1-2, janvier-mars 1953, p. 159-166).

L'auteur expose les conditions d'élaboration du test de Zulliger ou test Z, puis décrit la technique d'application, le mode de notation des réponses, enfin il procède à une critique de la valeur du test, se basant sur une exploration faite dans des établissements d'enseignement secondaire de la région provençale. La qualité des résultats a pu être notée. Quelques exemples démonstratifs sont rapportés. Le test de Zulliger apparaît comme un instrument précieux pour la détection des anomalies mentales mineures et pour des études comparées de psychologie collective.

V.-J. DURAND.

Etude sur le test du village, par J. SUBES et C. MOUSSEAU (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 13, 1954, n° 3).

Essai de validation objective du test du village à partir des résultats obtenus de 50 jeunes filles de 15 à 18 ans. Technique combinant la méthode constructive de P. Mabillet et la méthode graphique de Ch. Baudouin. Les indications caractérielles fournies par cette épreuve ont été comparées aux résultats obtenus par les mêmes jeunes filles lors d'une épreuve de barrage des mots, du test de l'arbre de Koch et de deux tests originaux d'intérêts. Il n'a été constaté d'étroites corrélations dans aucun cas. De faibles corrélations significatives ont été relevées concernant l'attitude religieuse, le goût de la technique industrielle, l'intérêt pour les moyens de transport. Tel qu'il a été utilisé par les auteurs, le test du village ne s'est montré en accord avec aucune des autres épreuves pour l'adaptation sociale, l'émotivité, l'attitude régressive ou progressive.

L. R.

Sur une notion d'intervalle temporel de discrimination sensitive, par Th. ALAJOUANINE, Jean SCHERRER, Jacques BARHIZET, M^{me} Maryvonne LE HÉNAFF et Pierre BUSER. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 4 mai 1953).

Les auteurs individualisent un intervalle de discrimination sensitive temporel nécessaire à deux stimulations cutanées successives pour être perçues en tant que phénomènes indépendants. La durée de cet intervalle est assez élevée et paraît fixe chez le même sujet et peu variable d'un sujet à l'autre. Au-dessous de cet intervalle, il y a addition.

L. R.

Anomalies dans la conscience du temps. (Anormalidades de la conciencia del tiempo), par Honorio DELGADO (de Lima). (*Revista de psiquiatria y psicologia medica de Europa y America Latinas*, t. 1, n° 1, 1953, p. 11-20).

Parmi les plus importantes altérations de la conscience du temps, l'auteur admet : la désorientation chronopsychique, les illusions sur la durée du vécu, l'atomisation du temps vécu, l'inhibition du devenir subjectif, la frustration du présent et l'invalidation du passé (phénomènes du déjà vu, frustration du présent, désubstantiation du présent, invalidation du passé), réification du temps et double chronologie. Des exemples sont rapportés pour ces diverses modalités de troubles. La conscience du temps intervient de façon prépondérante dans la configuration de la structure de la vie subjective et de la personnalité. Les événements porteurs d'une intense charge affective surpassent les autres. L'autorité est un autre facteur modelant la prépondérance des expériences. Enfin, les circonstances extérieures peuvent intervenir. Il est nécessaire de tenir compte du temps dans la constitution des complexes. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur la psychologie du surréalisme. (Zür Psychologie der Surrealismüs), par Eva SCHMIDT-HEINRICH (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 3, n° 1, mars 1953, p. 1-13).

L'auteur a recherché les réactions à l'égard de tableaux et de poèmes surréalistes chez 158 sujets (128 étudiants des deux sexes de 20 à 30 ans, 30 lycéennes). Il est apparu très difficile pour les sujets interrogés de distinguer les œuvres surréalistes de celles de schizophrènes. Les caractéristiques de la poésie surréaliste sont recherchées. Dans l'ensemble, il apparaît que les artistes surréalistes ne sont pas des schizophrènes, mais des schizothymiques non psychotiques ou des schizoïdes.

V.-J. DURAND.

Le cadre théorique de la psychologie de l'enfant, par Philippe MÜLLER (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 13, 1954, n° 3).

Partant de la multiplicité actuelle des savoirs en psychologie infantine, l'auteur se demande comment choisir le cadre théorique permettant de les intégrer et de les présenter didactiquement dans un « cours de psychologie » à l'intention des éducateurs. Soulignant l'intérêt dans ce but de la notion de « tâche développementale » (R. J. Havighurst), il en dégage quelques conséquences. L'enfance est vue dans cette perspective comme une succession de tâches enchaînées, la maîtrise de l'une facilitant la domination de l'autre et toute fixation à une tâche mal réussie compromettant l'équilibre adulte final.

L. R.

La psychologie clinique. Ses aspects théoriques et pratiques, par André REY (de Genève). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 1-2, j nvier-mars 1953, p. 16-38).

Dans ce rapport au Symposium de psychologie clinique, tenu à Milan les 28 et 29 septembre 1952, l'auteur décrit les principes de la psychologie cli-

nique, envisageant surtout ses rapports avec la médecine et principalement la psychiatrie. La psychologie clinique « répond à la méthode et aux précautions qui s'imposent toutes les fois qu'un individu est étudié dans son comportement spontané ou provoqué pour être classé et valorisé quel que soit le but pratique de l'étude. La psychologie appliquée ne peut être que clinique dès que, quittant l'étude des groupes comme tels, elle s'occupe d'un individu déterminé ». Les difficultés d'application, les limites de la psychologie clinique sont rappelées. A titre d'exemple est étudiée l'épreuve de la numération directe et inversée entre 1 et 10, 1 et 20, enfin 1 et 50. Les nombreux facteurs qui interviennent dans les résultats sont décrits.

V.-J. DURAND.

Les ambiguïtés de la notion de psychologie clinique, par René Zazzo (de Paris). (*Archivio di psicologia neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 1-2, janvier-mars 1953, p. 39-49).

Retraçant l'évolution historique de la psychologie clinique, rappelant, dans son rapport au Symposium de Milan des 28-29 septembre 1952, la situation actuelle, l'auteur montre les diverses conceptions de la discipline considérée, depuis le sens le plus restreint défini par la seule technique des tests jusqu'à celui le plus large d'une psychologie générale. Les rapports avec la psychiatrie sont encore mal définis. Il faut souhaiter « que les médecins reçoivent une formation de psychologie expérimentale et les psychologues une formation de cliniciens ». Des signes d'entente et de collaboration entre psychiatres et psychologues apparaissent actuellement.

V.-J. DURAND.

Quelques considérations sur la psychologie clinique en relation avec la formation des psychologues cliniques, par José GERMAIN (de Madrid). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 1-2, janvier-mars 1953, p. 118-139).

Présenté au symposium de psychologie clinique de Milan (28-29 septembre 1952), ce rapport définit les positions respectives de la psychiatrie et de la psychologie clinique, montre les causes des conflits ou malentendus actuels, indique les conditions d'une collaboration indispensable. Une de ces conditions serait d'exposer aux psychiatres les progrès de la psychologie, et de faire connaître aux psychologues les découvertes en pathologie mentale. La nouvelle revue internationale « *Psicologia-psichiatria* », organe du « groupement international pour la coordination de la psychiatrie et des méthodes psychologiques » facilitera la collaboration nécessaire entre deux disciplines également importantes.

V.-J. DURAND.

THERAPEUTIQUE

Sur la suggestion en général. (*Sulla suggestione in generale*), par Gian Antonio ALBERTON (de Feltre). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 6, n° 5-6, septembre-décembre 1952, p. 421-444).

L'auteur rappelle les différentes définitions de la suggestion, ses rapports avec la persuasion, puis montre qu'on peut établir une échelle de récepti-

tivité suggestive partant des démences avancées comme la paralysie générale et les démences séniles pour arriver en décroissant aux atteintes plus légères des épileptiques, des psychasthéniques, des maniaques. Les difficultés de l'étude de la place à attribuer à la suggestion dans le domaine psychiatrique sont bien mises en évidence. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Aspects cliniques et thérapeutiques des états obsessionnels, par M. RISER, J. LABOUCARIÉ et P. BARRES. (*Sud médical et chirurgical*, t. 87, 30 juin 1954, p. 3304-3310).

Les auteurs soulignent les diversités d'aspect et d'évolution de la maladie obsessionnelle. Rarement mais non exceptionnellement, elle constituera une véritable forme maligne, allant jusqu'à entraîner les plus graves troubles de la conduite tandis qu'ailleurs et plus fréquemment, on observera des formes mineures, comme atténuées, « compensées » sur le plan social. D'autres aspects constitueront des équivalents mélancoliques ou de simples symptômes surajoutés mais distincts, au cours d'états délirants ou schizophréniques. Le style évolutif, souvent chronique, est dominé par la notion de psychasthénie, mais la rémission est loin d'être le propre des formes périodiques authentiques. Les auteurs signalent aussi avec raison le rôle des facteurs étiologiques occasionnels extrêmement divers. Sur le plan thérapeutique, ils considèrent que les trop nombreux échecs des psychothérapies, malgré la valeur explicative qui s'attache aux données analytiques, laissent la place aux indications des méthodes de choc, plus rarement de la psycho-chirurgie.

J. ALLIEZ.

Le domaine psychiatrique du neuro-chirurgien, par Michel FELD. (*Le bulletin médical*, 67^e année n° 1, janvier 1953, p. 15-17).

L'auteur rappelle quelques indications neuro-chirurgicales en psychiatrie : troubles mentaux des tumeurs cérébrales, des hématomes sous-duraux chroniques, de l'épilepsie dans ses différentes modalités. Il indique aussi les manifestations justiciables de la psycho-chirurgie : anxiété, fluctuations du tonus affectif, syndromes hyperalgiques, états d'impulsivité psycho-motrice, syndromes de sidération de la réactivité instinctive de type catatonique ou stuporeux. Les signes évocateurs, les examens complémentaires nécessaires pré-opératoires sont spécialement décrits.

V.-J. DURAND.

L'hémisphérectomie, par J. ACHSLOUGH et L. ECTORS (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juin 1954)

Observation d'hémisphérectomie pour épilepsie, troubles du caractère, hémiplégie infantile droite, sans déficit intellectuel : épilepsie guérie, troubles du caractère atténués, hémiplégie améliorée, pas de déficit intellectuel, séquelles sensorielles légères, hémianopsie homonyme n'entraînant aucune déficience appréciable.

Discussion des indications de cette opération. Une résection corticale

étendue suffit souvent à amener une diminution de la propension à l'épilepsie ; une hémiplegie infantile n'est jamais aggravée par l'hémisphérectomie et la spasticité est atténuée. Un droitier ne présente pas d'aphasie après hémisphérectomie gauche s'il est atteint d'une hémiplegie infantile antérieure au développement du langage, lequel semble être élaboré par l'hémisphère fonctionnellement dominant. Mais les auteurs recommandent de ne pas ouvrir largement le ventricule latéral.

L. R.

Modifications de la personnalité après interventions sur le gyrus cingulaire chez l'homme, par P. M. TOW et C. W. M. WHITTY. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 16, n° 3, août 1953, p. 186).

L'opération a consisté en l'ablation de la plus grande partie du gyrus cingulaire antérieur (circonvolution du corps calleux) s'étendant sur 3 cm. de longueur et 1 cm. de largeur, en évitant toute altération du voisinage. Huit observations sont résumées. La conclusion la plus importante est le peu de modification de la personnalité. Les sujets ne présentent aucune anomalie sociale quand on les voit, quand on les rencontre et quand on leur parle. Ils sont fatigables, peu enclins au travail ; on note dans l'ensemble une augmentation de leur activité par rapport à leur incapacité antérieure. Leur jugement est affaibli dans leurs relations personnelles et sociales ; leur compréhension est lente sans troubles de la mémoire, leur intérêt pour les faits journaliers est diminué. Leur affectivité et leurs instincts ne présentent aucune modification. Le fait notable est que l'opération a une action sur certains symptômes sans altération notable de la personnalité et qu'elle doit être réservée aux sujets atteints de psychonévrose. Dans les cas où la personnalité est détruite comme dans les processus schizophréniques, cette opération a peu de valeur.

L. MARCHAND.

Traitement des psychoses du post-partum, par J. DELAY, A. CORTEEL et B. LAINÉ. (*Bulletin de la Société d'endocrinologie*, séance du 28 mai 1953).

La rétention des débris de caduque, en voie de transformation, joue le rôle de corps étranger, créant une métrose de réceptivité. Le curetage est la conséquence thérapeutique logique de ces états ; toutefois, il n'est pas toujours suffisant à apporter la guérison histologique et mentale. L'appoint de thérapeutiques de choc, même en grand nombre, devient efficace après le curetage, même de façon restreinte.

Sur les 18 observations étudiées, l'utilisation de ces principes thérapeutiques a donné une guérison durable, dans tous les cas.

L. R.

Céphalées et neuro-chirurgie, par R. HODART (*Le bulletin médical*, n° 1, 1^{er} janvier 1953, p. 7-10).

Parmi les causes nombreuses des céphalées, l'auteur considère celles qui ont une importance neuro-chirurgicale, à l'exclusion cependant des cépha-

lées post-traumatiques. Parmi les variétés de céphalées sont envisagées successivement : celles des néoformations cérébrales, de façon très détaillée, celles des accidents vasculaires cérébraux (hémorragie méningée, hémorragie cérébrale et surtout hématome intracérébral spontané des jeunes, œdème aigu cérébro-méningé), celles par troubles vasculaires (hypertension artérielle, artérite temporale), celles avec troubles vaso-moteurs (migraine, céphalées avec troubles vaso-moteurs de la face), les céphalées inflammatoires et réflexes, enfin les céphalées psychiques.

V.-J. DURAND.

Sur la soustraction massive de liquide céphalo-rachidien suivie d'introduction d'air comme tentative de thérapeutique de la schizophrénie. (Sulla sottrazione massiva di liquor cefalo-rachidiano seguita da introduzione di aria come tentativo di terapia della schizofrenia), par Luisa CAMPI (de Verceil). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 1, 1953, p. 159-164).

Rappelant les principes de la pneumo-encéphalothérapie, l'auteur conclut de l'essai fait chez vingt schizophrènes que les résultats de la soustraction massive de liquide céphalo-rachidien (80 à 100 cm³) avec introduction ultérieure d'une quantité d'air à peu près égale, ont été moyens dans les cas récents et pratiquement nuls dans les formes anciennes.

V.-J. DURAND.

Pneumothérapie cérébrale dans le syndrome amnésico-confusionnel par électrochoc. (Pneumoencefalo terapeutico nella sindrome amnesico confusionale da elettroschok), par Angelo G. B. Lusso (de Turin). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 41, fasc. 6, novembre-décembre 1952, p. 1161-1170).

Le syndrome amnésique et confusionnel consécutif à l'électro-choc est amélioré nettement par la pneumothérapie cérébrale si l'encéphalographie est normale, tandis que l'action est nulle si des lésions d'atrophies cérébrales sérieuses sont observées. Le syndrome peut répondre à une atteinte encéphalique par l'électro-choc, réversible par la pneumothérapie si le cerveau était sain antérieurement.

V.-J. DURAND.

Sur le problème du remplissage ventriculaire et de l'air sous-dural dans la pneumo-encéphalographie exécutée selon la technique de Lindgren. (Sul problema del riempimento ventricolare e dell'aria subdurale nella pneumoencefalografia eseguita secondo la tecnica di Lindgren), par Guido CASTORINA (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 22, fasc. 5, septembre-octobre 1952, p. 672-682).

Décrivant les limitations et les dangers de la pneumo-encéphalographie rachidienne faite par la technique de Bingel, l'auteur rapporte les expériences de Robertson et les modifications apportées par Lindgren. Employant cette dernière technique chez 66 malades, l'auteur rappelle ses résultats. Il propose quelques changements (quantité d'air plus importante en particulier). La correction de la rachicentèse peut permettre d'éviter l'inconvénient de l'air sous-dural. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Intervention sur la fosse postérieure pour un hémispasme facial. Découverte d'une anomalie vasculaire, par R. LAFON, G. GROS, J.-P. TEMPLE et J. ABRIC. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 février 1953).

Observation d'hémispasme facial évoluant depuis dix ans, amélioré par des infiltrations du sympathique cervical. La constatation d'un léger déficit conduit les auteurs à proposer une intervention qui révèle une boucle anormale d'une branche de la cérébelleuse moyenne autour du nerf. Les différents vaisseaux étaient unis entre eux par une arachnoïdite adhésive. L'origine vasculaire de cette arachnoïdite paraît évidente et la libération du groupe facial-auditif améliora la malade. Dans l'hémispasme facial, l'exploration de l'angle ponto-cérébelleux doit être proposée avant d'envisager une intervention périphérique sur le facial.

L. R.

Les indications opératoires dans les hémorragies cérébrales spontanées par J. BONAL. (*Archives de médecine générale et tropicale*, 21. p. 45-50).

L'indication de l'intervention chirurgicale doit être limitée à l'hématome intracérébral à évolution pseudo-tumorale. La grande hémorragie cérébrale est une contre-indication formelle à l'acte chirurgical, dans les quatre à cinq premiers jours. Plus tard, l'intervention sera discutée, suivant l'importance des progrès ou de l'aggravation. Quand le diagnostic hésite entre le ramollissement et l'hémorragie, la ponction exploratrice pourra être indiquée à la phase aiguë tandis que l'angiographie cérébrale rendra de grands services à la phase subaiguë ou chronique. En limitant les interventions aux sujets jeunes et non tarés, des succès heureux et parfois étonnants seront observés.

J. ALLIEZ.

Indications opératoires dans les hémorragies méningées de l'adolescent et de l'adulte, par J.-E. PAILLAS. (*Archives de médecine générale et tropicale* 19535, n° 6, p. 215-222).

Exposé destiné aux « Journées médicales de la Timone », où l'auteur insiste sur la fréquence accrue, depuis qu'elles sont mieux reconnues, des hémorragies méningées non « médicales », et relevant d'un traitement neuro-chirurgical, surtout dans la première moitié de la vie. Les anévrysmes et les angiomes constituent les causes les plus fréquentes de cette catégorie et les images angiographiques en permettent la distinction. Les méthodes d'hypotension contrôlée facilitent les interventions sur les formations vasculaires pathologiques. La ligature du sac anévrysmal, avec résection consécutive, est une solution idéale qui n'est pas toujours possible ; la ligature carotidienne (carotide primitive de préférence) reste une intervention utile et efficace. La résection de l'angiome est également théoriquement préférable, mais des raisons topographiques en limitent souvent l'emploi et il faudra se contenter de la ligature des pédicules artériels.

J. ALLIEZ.

Le traitement de l'apoplexie cérébrale. (Hémorragie et ramollissement), par J.-A. CHAVANY et D. HAGENMULLER. (*Le monde médical*, n° 979, janvier-février 1953, p. 209-216).

Rappelant les signes distinctifs entre hémorragie et ramollissement encéphaliques, les auteurs indiquent l'état actuel de la thérapeutique. Pour l'hémorragie : saignée modérée, lavement, injections hypertoniques intra-veineuses, coagulants, vitamine P. Pour le ramollissement : pas de saignée, tonicardiaques, acétylcholine papavérinée, vitamine PP, infiltrations stellaires, anticoagulants. Les modalités d'une action neuro-chirurgicale possible sont rappelées, ainsi que l'emploi des ganglioplégiques (hexaméthonium).

V.-J. DURAND.

Exophtalmie pulsatile guérie après ligature de la carotide interne homolatérale, par J. FRANÇOIS, G. HOFFMANN et G. VERRIEST (de Gand). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, juin 1954).

Observation d'exophtalmos pulsatile consécutif à un traumatisme fermé du crâne chez un jeune homme de 19 ans. L'anévrysme artérioveineux qui a provoqué un élargissement considérable de la fente sphénoïdale s'est manifesté environ six semaines après l'accident.

Très forte amélioration, mais non guérison totale après ligature de la carotide interne.

L. R.

La fragilité opératoire des malades atteints d'adénome chromophile de symptomatologie anormale. Valeur pronostique de l'hémianopsie latérale homonyme, par D. PETIT-DUTAILLIS, J. CHAVANY et G. GUIOT (de Paris). (*La Presse médicale*, 11 mars 1953).

Les adénomes chromophobes de l'hypophyse ont une symptomatologie relativement constante, surtout en ce qui concerne les signes oculaires. Les auteurs mettent en garde sur la résistance opératoire des malades porteurs d'atypies symptomatiques, telles que les crises d'aphasie ou d'hémianopsie latérale homonyme. Ces atypies témoignent du volume important de la tumeur. Elles constituent une motivation plus impérieuse de l'acte opératoire, mais doivent également inciter à une prudence accrue dans l'exécution de cet acte, notamment en ce qui concerne l'importance de l'exérèse.

L. R.

A propos du traitement chirurgical des paraplégies traumatiques graves et récentes, par Jean GUILLAUME et P. JANNY (de Paris). (*La Presse médicale*, 5 septembre 1953).

Pour le traitement local du foyer vertébro-médullaire lui-même, la méthode proposée s'inspire des analogies qui existent entre les réactions physiopathologiques engendrées par les foyers d'attrition médullaires et cérébraux. Ses principes sont ceux qui règlent aujourd'hui le traitement des traumatismes cranio-cérébraux avec embarrures ; la laminectomie précoce, destinée à supprimer tous les facteurs accessibles de compression médul-

faire, est l'essentiel de cette méthode, combinée à une réduction orthopédique effectuée autant que possible sous contrôle de la vue en fin d'intervention.

Cette attitude interventionniste n'aggrave aucunement l'état immédiat de ces blessés et assure au maximum les possibilités éventuelles d'une récupération fonctionnelle. Elle apporte d'autre part une solution au problème orthopédique en assurant une consolidation dans une position correcte, facteur essentiel d'un bon appareillage ultérieur.

L. R.

Etude critique du traitement chirurgical de la lombo-sciatique d'après l'étude statistique de 1.000 cas opérés, par J. GUILLAUME et P. JANNY (de Paris). (*La Presse médicale*, 11 février 1953).

La lombo-sciatique commune, affection très stéréotypée dans son expression clinique, correspond également à une cause anatomique très précise, et pratiquement toujours la même : la hernie du disque intervertébral peut, en effet, être trouvée dans 95 % des cas, pour peu qu'on se plie à des règles d'exploration rigoureuse, et qu'en se réfère à une définition adéquate du conflit disco-radulaire. Il s'ensuit logiquement que l'exérèse de la saillie discale, suffisante pour assurer la libération de la racine, doit être tenue pour le traitement le plus simplement efficace de cette affection. 90 % des malades chez lesquels le chirurgien a pu ainsi réaliser cette libération se trouvent pratiquement guéris, au prix d'une intervention très bénigne, et d'une immobilisation qui n'excède pas quelques semaines.

Le verrouillage orthopédique de la charnière lombo-sacrée paraît n'avoir que des indications tout à fait exceptionnelles, essentiellement représentées par l'existence d'un spondylolisthésis vrai. En cas d'échec de l'intervention simple, surtout lorsqu'il s'agit de lombalgies résiduelles, l'arthrodèse peut trouver une indication, mais dans un nombre de cas très réduit.

L. R.

Traitement de la méningite tuberculeuse par l'hydrazide de l'acide isonicotinique, par A. RAVINA et M. PESTEL (de Paris). (*La Presse médicale*, 12 septembre 1953).

Un certain nombre de travaux, en particulier ceux de Soriano, ont montré que l'isoniazide seule et utilisée exclusivement *per os* est capable d'amener une guérison clinique de la méningite tuberculeuse.

Cette médication est également active dans les rechutes. Elle a pu aussi guérir les cas résistant à la streptomycine et aux autres antibiotiques. Elle a modifié à la fois le pronostic de la méningite tuberculeuse et la fréquence des récidives.

L'amélioration biologique du liquide céphalo-rachidien n'est pas toujours parallèle aux progrès cliniques réalisés. Aussi est-ce essentiellement l'évolution clinique de la maladie qui doit régler la conduite et l'interruption du traitement.

L. R.

L'isoniazide dans les névroses et psychoses avec antécédents bacillaires, par R. LAFON, N. DUC, VIDAL et J. MINVIELLE. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 mars 1953).

Les auteurs ont utilisé le rimifon à la dose de 200 mg. par jour pendant un mois environ. Amélioration chez un schizophrène porteur de mal de Pott avec abcès ossifluents. Deux autres schizophrènes ont présenté une légère amélioration. Deux échecs également chez des schizophrènes. Exaltation de la sthénie délirante dans un cas de délire mystique ; amélioration notable dans un cas de dépression psychasthénique.

L. R.

Surdité et blocages rachidiens. Complications du traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine, par E. AUBERTIN, Ch. DULONG DE ROSNAY et P. LABADIE. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 3 mars 1953).

Pourcentages de complications auditives et de blocages observés chez les malades atteints de méningite tuberculeuse traités, de 1947 à 1950, avec un complexe chlorocalcique de streptomycine d'origine américaine, et de 1950 à 1953, par un sulfate de streptomycine de fabrication française. L'augmentation du pourcentage des surdités et des blocages observés chez les sujets traités par ce dernier produit, par ailleurs mieux toléré, les conduit à se demander si les streptomycines nouvelles, qui exposent moins aux accidents aigus d'intolérance et aux lésions vestibulaires, n'ont pas une neurotoxicité pour l'appareil cochléaire et une action irritative locale plus grande que les streptomycines anciennes.

L. R.

Expérience de désintoxication alcoolique ; ses méthodes ; ses résultats, par J. LEREBoullet, L. VIDART et E. GASTEAU. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 16 juin 1953).

Résultats portant sur 160 alcooliques. Les sujets doivent être volontaires et soigneusement sélectionnés ; hospitalisation de trois semaines indispensable ; cure de sevrage, cure d'apomorphine pour établir un réflexe conditionné et cure d'antabuse ; traitement d'entretien de durée au moins d'un an avec surveillance médicale et sociale très régulière et abstention absolue de toute boisson alcoolisée. Dans un groupe sélectionné de cheminots, les auteurs ont obtenu 70 % de résultats durables ; la désintoxication permet de rendre à une vie normale des individus ayant contracté des habitudes nocives.

L. R.

Résultats du traitement de 170 éthyliques par le T. T. D. par Pierre WAROT. (*Bulletin de la Société de médecine du Nord*, séance du 27 mars 1953).

L'auteur a traité par le T.T.D. 170 éthyliques hospitalisés au centre neurologique et psychiatrique (professeur Nayrac). 39 % de guérisons, avec un

recul de trois à vingt-six mois, prouvent la réelle efficacité de la méthode, surtout si l'on tient compte qu'il s'agit d'un groupe très hétérogène de malades. Les meilleurs résultats sont obtenus avec les « volontaires » ; la prise très prolongée du médicament est indispensable. L'association fer-acide ascorbique semble prévenir les incidents rares de la cure.

L. R.

Quelques considérations sur les désintoxications alcooliques, d'après 40 cas suivis depuis plusieurs années, par J. LABOUCARIÉ et A. BAZEX. (*Bulletin de la Société de médecine du travail de Toulouse*, séance du 27 juin 1953).

Isolement de courte durée de 40 malades avec sevrage immédiat, strychnothérapie brève et disulfure de thiurame dès le cinquième jour, poursuivie pendant six mois. Psychothérapie centrée sur le travail et post-cure surveillée et liée à l'encadrement professionnel. Pour 11 insuccès, 29 guérisons durables avec transformation psychique et somatique et totale réadaptation professionnelle. Le pourcentage élevé (72 %) de ces bons résultats dépend de la sélection des alcooliques traités, groupe caractérisé par l'absence de troubles psychopathiques ou de graves déséquilibres névropathiques, la prédominance des facteurs réactionnels à l'origine de la toxicomanie, cependant ancienne dans beaucoup de cas : le pronostic thérapeutique dépend d'abord des facteurs psychiques et sociaux.

L. R.

Myasthénie et thymectomie, par M. RISER, H. ESCHAPPASSE, M^{lle} S. LAVITRY, L. FOURNY et P. CAMPAN. (*Bulletin de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 16 avril 1953).

Observation d'un cas de myasthénie grave évoluant depuis trois années chez une jeune fille de 22 ans et nécessitant, sans rémission, des doses croissantes de prostigmine. Tuberculose pulmonaire bilatérale évoluant en même temps. Pas de thymus radiovisible. Succès de la thymectomie, qui permit de supprimer la prostigmine au bout de trois semaines, bien que cette intervention ait été suivie, au 12^e jour, d'un épisode hyperthermique avec confusion mentale et état général grave, cédant en quelques heures à l'hibernation artificielle par administration de 4560 R.P. Ce dernier produit peut avoir exercé une action potentialisatrice à l'égard de la prostigmine, sensibilisation qu'il serait intéressant de vérifier.

L. R.

Syndrome hyperthyroïdien avec paralysie totale des membres inférieurs, au cours d'une syphilis tertiaire latente. Guérison par le traitement spécifique. Rappel de deux observations de syphilis hypophysaire, par L. HUENAGEL (d'Agen). (*Bull. de la Société française de dermatologie et de syphilographie*, séance du 12 février 1953).

Syndrome basedowien datant de plusieurs années chez une femme de 67 ans, porteuse de cicatrices de lésions tertiaires. Bordet-Wassermann positif. Guérison totale par le bismuth et la pénicilline.

L. R.

Résultats du traitement de 115 cas d'hyperthyroïdie, par l'iode radio-actif, par M. TUBIANA, J. DUTREIX et M. GRINBERG (de Paris). (*La Presse médicale*, 6 juin 1953).

C'est en 1942 que furent publiés aux Etats-Unis les premiers résultats obtenus avec l'iode radio-actif dans le traitement de l'hyperthyroïdie. Depuis, plusieurs milliers de malades ont été traités par cette méthode, qui semble prendre une place grandissante dans le traitement de « routine » des hyperthyroïdiens dans les grands centres hospitaliers américains. Il semble y avoir avec le radio-iode moins d'échecs et de rechutes qu'avec les anti-thyroïdiens. Les proportions de succès et d'hypothyroïdie sont voisines de celles notées après thyroïdectomie subtotale ; 65 % de succès, 5 % d'hypothyroïdies. La simplicité du traitement et l'absence de risques immédiats semblent devoir faire réserver à cette méthode la deuxième place dans le traitement de l'hyperthyroïdie.

L. R.

Guérison par l'iode radio-actif d'une asystolie basedowienne gravissime, par GILBERT-DREYFUS, M. ZARA, J. AZERAD et H. CHIMÈNES. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 27 mars 1953).

Observation d'une femme de 63 ans atteinte de maladie de Basedow sévère avec cardiomyopathie gravissime (asystolie, œdèmes massifs, épanchements pleuraux, hépatomégalie douloureuse, arythmie complète). Intervention chirurgicale refusée comme trop choquante. L'iode radio-actif, à la dose de 10 millicuries, transforme l'ensemble du tableau en quelques semaines : tous les signes d'asystolie s'effacent et le tracé électrocardiographique se normalise totalement. L'administration d'une seule dose trois mois plus tard, en raison d'une courbe de fixation demeurée pathologique, entraîne des signes de myxœdème facilement amendés par l'opothérapie thyroïdienne et qui sont pour les auteurs le gage le plus sûr d'une guérison définitive.

L. R.

Considérations pratiques sur le traitement de la maladie de Basedow par l'iode radio-actif, par GILBERT-DREYFUS, ZARA, AMBROSINO, M^{me} TRIANTAPHYLIDIS et J. GINTZBURGER. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 27 mars 1953).

A la lumière de plus de cent cas traités depuis deux ans, les auteurs énumèrent : 1° les contre-indications de la méthode ; 2° ses résultats globaux (75 % de résultats favorables dont la moitié de guérison apparente et la moitié de guérison absolue à la fois clinique et biologique ; résultats d'autant meilleurs que l'hyperthyroïdie est moins intense, le goitre moins volumineux, le sujet plus âgé) ; 3° la posologie ; 4° l'amélioration tantôt immédiate, tantôt retardée, s'amorce toujours avant la fin du premier mois et la guérison semble devoir être obtenue en moins d'un semestre ; 5° les principales indications (récidives post-opératoires ; cas résistant au traitement classique, cardiomyopathies ; association d'une tuberculose ou d'une psychose ; exérèse chirurgicale impossible, refusée par le chirurgien ou par le malade ; dans l'ensemble, indications assez comparables à celles de la thyroïdectomie).

Au total, l'avènement de cette méthode a perfectionné mais non bouleversé le traitement de la maladie de Basedow.

L. R.

Traitement de la maladie de Basedow par l'iode radio-actif, par GILBERT-DREYFUS, AMBROZINO, ZARA et M^{me} TRIANTAPHYLLIDIS (de Paris). (*La Presse médicale*, 27 juin 1953),

Les indications majeures du traitement à l'iode radio-actif sont constituées par : les hyperthyroïdies rebelles aux traitements médicaux ; les formes qui entraînent de graves risques dans le traitement chirurgical ; l'hyperthyroïdie du sujet âgé.

Les contre-indications sont : les cas de saturation permanente de la thyroïde ; les cas de grossesse ; à un moindre degré, la jeunesse du sujet.

La dose à administrer varie suivant le rendement de la thyroïde à traiter, qui se déduit de la courbe diagnostique de fixation thyroïdienne. La dose thérapeutique croît avec la gravité de l'affection, le volume de la thyroïde, et décroît avec l'âge du sujet.

La guérison clinique, insuffisante, expose à des rechutes. Le retour de la courbe de fixation thyroïdienne à une forme normale (guérison biologique) est un critère plus sévère de guérison. Elle permet d'apprécier l'amélioration obtenue et le rendement de la prochaine dose. L'amélioration clinique, parfois rapide, apparaît, au plus tard, dans un délai d'un mois ; la guérison complète peut être obtenue progressivement en trois à cinq mois.

Les incidents possibles du traitement sont le myxœdème, l'exophtalmie œdémateuse. Les auteurs n'ont jamais constaté de troubles d'apparence para-thyroïdienne.

L. R.

Sur un type particulier d'échecs après doses itératives d'iode radio-actif chez les basedowiens, par H.-P. KLOTZ et P. LUMBROSO. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 octobre 1953).

A l'occasion d'observations personnelles, les auteurs insistent sur l'inconvénient des doses thérapeutiques itératives de radio-iode données systématiquement sur la constatation de tests de fixation demeurant élevés chez des sujets dont le poids et le métabolisme de base sont revenus à la normale mais qui présentent de prise en prise la persistance ou l'aggravation de leur exophtalmie et de leurs signes neuro-végétatifs diencéphaliques. Lorsque le résultat du traitement des hyperthyroïdies par le radio-iode doit être favorable, il est le plus souvent acquis dès la première ou les deux premières séances.

L. R.

De la possibilité d'observer un myxœdème durable après l'administration thérapeutique d'une dose unique et modérée d'iode radio-actif, par H.-P. KLOTZ et ELMALEH. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 octobre 1953).

L'hypothyroïdie qui peut apparaître après l'administration d'une dose unique de radio-iode (13 % des cas) s'observe parfois après l'administration d'une dose unique et modérée. Elle peut être durable. Parfois, son apparition est très retardée, plus d'un an après l'administration de l'iode radio-actif.

L. R.

Effet de la L-3,5,3'-triiodothyronine sur dix cas d'insuffisance thyroïdienne, par L. DE GENNES, G. DELTOUR et J. LEPRAT (de Paris). (*La Presse médicale*, 29 août 1953).

Dix cas d'insuffisance thyroïdienne ont été traités par des doses de 0,04 à 0,1 mg. de L. triiodothyronine par jour, par voie intra-musculaire. Cette hormone se montre plus active sur tous les signes d'hypothyroïdisme que toutes les autres formes d'administration de la thyroxine.

La signification physiologique de cette nouvelle hormone paraît être fort importante, et sans doute plus considérable que celle de la thyroxine.

L. R.

Accidents de la corticothérapie surrénale, par Jean HAZARD, attaché de recherches à l'Institut national d'hygiène, chef de clinique à la Faculté de médecine. (*Le bulletin médical*, septembre 1954).

Etudiant les accidents propres à la corticothérapie surrénale, sans envisager ici le retentissement de l'hormonothérapie sur l'affection traitée, l'auteur décrit successivement : des manifestations d'hypercorticisme ; des modifications du métabolisme des glucides, lipides et protides ; des modifications hématologiques, des accidents thrombo-emboliques ; des troubles neuro-psychiques ; des accidents allergiques ; l'action de la corticothérapie sur le développement des infections et sur certaines affections digestives.

Il insiste sur la gravité des troubles neuro-psychiques : crises convulsives, troubles psychiques. Les crises convulsives s'observent chez l'enfant et peuvent aboutir à un état de mal. En dehors d'elles, des anomalies électro-encéphalographiques peuvent survenir au cours de traitement cortisoniques et l'auteur souligne les dangers de la corticothérapie chez les anciens comitiaux.

Graves et assez fréquents, les troubles psychiques relatés sont divers : excitation, dépression, confusion. F. Coste en a signalé l'analogie avec ceux des psychoses puerpérales. Leur éclosion est favorisée par l'importance des doses et par la durée du traitement. Selon l'auteur, « l'existence d'antécédents psychiatriques contre-indique la corticothérapie ».

R. C.

L'association des trois hormones génitales œstradiol, progestérone, testostérone dans la thérapeutique de la ménopause, par E. JUSTER et E. GUIARD (de Paris). (*La Presse médicale*, 14 mars 1953).

Les auteurs indiquent les intéressants résultats que donne l'association des trois hormones génitales : œstradiol (ou dihydrofolliculine), progestérone, testostérone, dans la thérapeutique des troubles post-ménopausiques. Soit par des injections intramusculaires, soit *per os*, sous la forme de glossettes, ils ont obtenu la disparition des symptômes pathologiques : bouffées de chaleur intenses, *manifestations psychiques graves*, perturbations métaboliques, sans avoir observé d'accidents malgré des traitements prolongés. Cette triple association d'hormones génitales équilibre mieux le système neuro-glandulaire déréglé des ménopausées que les autres médications hormonales ou synthétiques. Cette synergie trihormonale a l'inconvénient de nécessiter des

injections fréquentes (une ampoule tous les huit à quinze jours en moyenne) ou des prises quotidiennes de glossettes, mais elle permet des traitements mieux adaptés à la physiologie de chaque malade, sans exposer aux dangers de la sursaturation hormonale de certaines thérapeutiques massives.

L. R.

La thérapeutique du sommeil dans quelques maladies mentales. (La terapia del sonno in alcune malattie mentali), par Furio MARTINI (d'Arezzo). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 1, 1953, p. 141-154).

Partant des travaux russes sur la pathologie cortico-viscérale et la cure de sommeil, l'auteur a utilisé ce procédé chez vingt-deux malades (neuf excités dysthymiques, huit schizophrènes, trois alcooliques chroniques, un épileptique, un choréique de Huntington). Des résultats immédiats encourageants furent obtenus, mais ils furent transitoires chez les schizophrènes, tandis que l'efficacité se montra plus durable chez les dysthymiques et dans l'alcoolisme chronique. On peut donc décrire une action symptomatique générale et une action curative limitée aux syndromes dysthymiques et à l'éthylisme chronique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La cure de sommeil de long cours en psychiatrie, par J. BASTIÉ et A. FERNANDEZ (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 6 mai 1953).

La cure de sommeil a pour but de mettre hors circuit pendant un temps assez long le cortex cérébral. Basée sur la notion d'épuisement cortical, objectivé par les troubles neuropsychiatriques, la cure vise à améliorer les connexions cortico-sous-corticales en éliminant le cortex épuisé et en permettant une néo-régulation des formations sous-corticales.

Après un rappel des travaux de l'école réflexologique sur le sommeil et de ses indications actuelles en psychiatrie, les auteurs décrivent la technique et la marche générale de la cure de sommeil de long cours qu'ils ont pratiquée, soulignant l'innocuité de la méthode et sa facilité d'exécution. Leur but fut d'obtenir un sommeil quasi-physiologique, profond ou léger, mais toujours réversible, de dix-huit à vingt heures par nycthémère, pendant une période de vingt-cinq à trente jours. Les modifications physiologiques présentées par les malades furent minimes et, sur dix malades présentant des affections psychiatriques à évolution sévère, quatre ont été guéries, les six autres guéries transitoirement ou très améliorées.

L. R.

PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE

Des vols désintéressés de l'enfant et de l'adolescent, par Léon MICHAUX et M. SOULÉ. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 17 mars 1953).

Le but de la plupart des vols est utilitaire. La motivation se ramène à quatre facteurs : utilisation pratique, fétichisme ou collectionnisme du produit du vol, négociation, don, vol calomnieux destiné à faire accuser un innocent.

Les vols désintéressés sont ceux à la base desquels on ne retrouve aucun de ces mobiles. Ils ressortissent à quatre groupes : 1° *vols incohérents* (arriérés, confus, déments). 2° *vols impulsifs* (kleptomanie, encéphalite de von Economo). 3° *vols facétieux* (excitation maniaque). 4. *vols passionnels, les plus intéressants*. Le voleur veut seulement frustrer un être haï sans désir de profit personnel. Ces vols passionnels s'observent chez les paranoïaques (vol de vengeance) et certains pervers surtout psychogènes parce que, chez eux, l'élément passionnel est plus important.

L. R.

Profil clinique et psychodiagnostique de quelques mineurs coupables d'agressions sexuelles sur des mineures, par M. SCHACHTER et M^{lle} S. CORTE (de Marseille). (*Annali di neurologia*, 58^e année, n° 5, septembre-octobre 1952, p. 677-688).

Sept observations clinico-psychologiques sont présentées concernant des mineurs coupables de viols ou de tentatives de viol sur des mineures de 3 à 13 ans. Le niveau intellectuel au Binet-Simon a été normal une fois, suffisant ou à la limite quatre fois, du niveau de la débilité deux fois. Les auteurs montrent l'importance de mauvaises conditions psycho-mésologiques et éducatives. Le test de Rorschach a donné d'intéressantes indications complémentaires. Appliqué aux victimes des agressions sexuelles, le test a montré fréquemment un F+ augmenté, un nombre important de réponses H et Hd (15 %) avec un index anatomique bas (1,9 %). Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Enfance en danger moral et alcoolisme, par J. HUBER et M^{lle} GAIN. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 30 juin 1953).

D'après les enquêtes effectuées à la demande du Parquet et les essais d'assistance éducative pour le relèvement des familles désorganisées par la misère, l'influence de l'alcoolisme, dans plus de 50 % des cas, avec ses très graves conséquences pour la santé, la moralité et l'équilibre psychique des enfants, est une des causes essentielles de la désorganisation du milieu familial.

L. R.

Problèmes relatifs à la protection de la jeunesse, par M.-Th. MORTE, avocat près la cour d'appel de Bruxelles, juge suppléant. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, juillet 1954).

L'auteur étudie dans leur ensemble les mesures préventives et répressives en vue de protéger la santé physique et la santé mentale de la jeunesse, rappelant la législation belge existante et les législations étrangères. Il met l'accent sur la protection préventive de la santé mentale de la jeunesse, faisant appel fréquemment à des données de psychiatrie ou de psychologie des profondeurs : caractère inadapté et vulnérable, plutôt que « fragile », de l'enfance et de l'adolescence, recherche des causes cachées de la délinquance, influence de l'insécurité comme facteur criminogène.

Envisageant particulièrement les moyens modernes de diffusion de la pensée, il s'est trouvé d'accord avec d'autres auteurs pour ne pas exagérer l'influence criminogène du cinéma, nocif pour l'adolescent plus que pour l'enfant, et spécialement pour l'adolescent qui, faute d'autres délassements, fréquente continuellement le cinéma, « baigne dans une atmosphère de cinéma » où il cherche une évasion d'un milieu familial désorganisé et sordide. Des remarques analogues valent pour la radiodiffusion et la télévision, et pour la presse s'adressant spécialement aux jeunes. Les mesures légales préventives seront généralement des mesures de censure ; mais une censure des publications se heurte aux règles constitutionnelles. La loi doit être appliquée avec tact : la menace de sanctions draconiennes risque d'être inefficace (l'auteur donne comme exemple les difficultés que rencontre la législation française sur la presse enfantine). Les lois valant par leur application et par le personnel qui veille à cette application, on peut attendre beaucoup d'une police pour la jeunesse, police en grande partie féminine, ayant reçu une formation spécialisée, exerçant une tâche de surveillance plutôt que de répression.

L'influence de l'initiative privée ne doit pas être sous-estimée ; il faut surtout ne pas se borner à des mesures négatives. Les moyens de diffusion peuvent être bienfaisants et, dans ce cas, méritent d'être favorisés ; leur influence pourra être sainement éducative, notamment s'ils revêtent un caractère artistique. Et, conclut M. Th. Motte, le problème de la protection préventive de la jeunesse ramènera finalement à des tâches plus vastes : celle d'organiser les loisirs de la jeunesse, celle aussi d'éduquer le milieu familial et d'en prévenir la dissociation.

L. R.

L'énigme de la délinquance, par Sheldon GLUECK. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, octobre 1954).

Dans cette étude, le professeur et Mme Sheldon Glueck s'attachent à découvrir les causes de la délinquance juvénile ou plutôt l'ensemble des facteurs qui font de tel ou tel individu un délinquant. Après s'être demandé ce qu'il faut entendre par cause, ils notent que pour produire des effets la cause exige un faisceau de conditions indispensables et que diverses modalités causales peuvent aboutir à un même résultat. Tout ceci ne peut évidemment aboutir qu'à une probabilité.

La question est donc de savoir « s'il existe un « rapport général entre « certains faits ou facteurs antérieurs et une tendance à un comportement « ultérieur déterminé ». Lorsqu'un nombre considérable d'éléments caractérise les délinquants plus que les non-délinquants, il devient très probable que l'on a affaire à la cause plutôt qu'à un effet du hasard. Les auteurs caractérisent les délinquants considérés en groupe, par rapport aux non-délinquants, par certains traits essentiels quant au physique, au caractère, au comportement, à l'intelligence et à l'éducation.

En marge de ce groupe, existent des groupes atypiques de délinquants, mais, en attendant une étude plus approfondie de ceux-ci, les auteurs concluent qu'une grande probabilité de délinquance dépend de l'action des facteurs qu'ils ont relevés.

L. R.

Etude de la réticence en narcoanalyse (Studio della reticenza in narco-analisi), par G. GAMNA et VILLATA (de Turin). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 2, 1953, p. 261-295).

La narco-analyse, chez les sujets normaux, ne permet pas d'obtenir des précisions sur des faits cachés à l'état de veille. Au contraire, dans les psychoses et les psycho-névroses, elle peut servir à dévoiler des simulations et des dissimulations et à vaincre des résistances. Elle peut, d'autre part, avoir une action thérapeutique partielle ou totale. Chez les criminels, la méthode n'a pas une valeur incontestable pour le diagnostic de simulation ou pour la recherche extra-clinique. Elle peut cependant préciser certains mécanismes pathogènes. Elle serait sans doute capable d'apporter de nouveaux éléments pour l'étude de l'homme criminel. Chez certains sujets, normaux, psychotiques ou criminels, la subnarcose provoque des phénomènes d'hypermnésie. 28 observations sont rapportées. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Considérations sur l'exercice illégal de l'art de guérir, par Robert GROSEMANS, juge au tribunal de première instance de Bruxelles, assistant à l'Université libre de Bruxelles. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, novembre 1954, p. 159 à 180).

L'auteur examine les formes actuelles de l'exercice illégal de l'art de guérir et plus spécialement les infractions relatives à l'exercice illégal quant à la médecine, l'art dentaire et la pharmacie. Partant de l'examen des conditions d'exercice de la médecine, il constate qu'il n'y a pas réellement dans la loi belge de définition de l'exercice illégal de l'art de guérir. Il faut en somme se référer au critère scientifique et au critère pragmatique. Il étudie différents aspects de l'exercice illégal, notamment ce qui concerne l'hypnotisme, la suggestion, l'application de la radiesthésie à la médecine, le domaine important de la chiropractie, l'acupuncture et cette autre forme de l'exercice illégal, d'un aspect plus particulier, constituée par la collusion médico-pharmaceutique.

En conclusion, il constate que la faveur particulière dont jouissent les guérisseurs, provient notamment d'une coalition des malades, déçus de n'être point guéris, et des illégaux, contre les médecins. La loi belge de 1818 est insuffisante à assurer la répression des abus des guérisseurs, qui se servent de méthodes de plus en plus modernes pour exploiter la crédulité publique. L'auteur conclut à la nécessité de modifier les peines prévues par la loi belge du 12 mars 1818, qui établit encore des amendes en florins des Pays-Bas. Il propose également de compléter les dispositions de la loi de manière à atteindre efficacement toutes les formes d'exercice illégal de l'art de guérir qui tend à s'exercer sous des aspects toujours nouveaux et par des procédés de plus en plus subtils.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 20 décembre 1954*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 10 janvier 1955*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 janvier 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 février 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r Ary BÉCACHE est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Quimper (Finistère) ;

M. le D^r Charles BERTHIER est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens (Savoie) ;

M. le D^r Henri CÉNAC-THALY est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Dury-lès-Amiens (Somme) ;

Mme le D^r A. GRASSET est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Fains-les-Sources (Meuse) ;

Mme le D^r E. MONNEROT est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Prémontré (Aisne) ;

Mme le D^r C. ROBERT est nommée médecin-chef départemental de la protection maternelle et infantile de Seine-et-Oise ;

M. le D^r Etienne TRILLAT est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Clermont (Oise).

M. le D^r A. LALISSE est affecté en qualité de médecin assistant à l'Hôpital Henri-Rousselle, à Paris.

SOCIÉTÉS

Colloque sur les problèmes d'anatomie normale et pathologique posés par les décharges épileptiques (Marseille, 15-18 novembre 1954).

Organisé par le Laboratoire de neurobiologie de la Faculté de médecine de Marseille (Chaire de physiologie, professeur G. MORIN, et Chaire d'anatomie pathologique, professeur H. GASTAUT), sous les auspices de la *Ligue internationale contre l'épilepsie*, et sous la présidence du professeur Th. ALAJOUANINE, ce colloque a eu lieu du 15 au 18 novembre 1954, dans l'amphithéâtre de l'Ecole d'application du service de santé militaire, jardin du Pharo, à Marseille.

Après une introduction de M. le professeur G. MORIN, doyen de la Faculté de médecine de Marseille, de nombreuses communications furent présentées par MM. H. GASTAUT (de Marseille), président de la *Ligue internationale contre l'épilepsie*, W. PENFIELD (de Montréal), W. SCHOLZ (de Munich), N. MALAMUD (de Californie), O. Perez VELASCO et W. MAFFEI (de Juqueri, São-Paulo, Brésil), R.-M. NORMAN (de Bristol), A. MEYER (de Londres), Th. ALAJOUANINE, I. CASTAIGNE, J. GRÜNER et F. LHERMITTE (de Paris), PERCIVAL BAILEY (de Chicago), K. SCHARENBERG (d'Ann-Arbor, U.S.A.), P. MASFES (de Turin), GRATTAROLA et F. MAROSSERO (de Turin), G. HEUYER et M. FELD (de Paris), J.-E. PAILLAS et Mme BÉRARD (de Marseille), Y. POURSINES, J. ROGER et J. ALLIEZ (de Marseille), G. VERDEAUX (de Paris), J. DRCOGLEEVER-FORTUYN (de Groningen), M. CREUTZFELDT (de Fribourg), P. PASSOUANT, C. GROS et J. CADILHAC (de Montpellier), A. EARL WALKER (de Baltimore), Mme A. ROGER (de Marseille), MM. O. MAGNUS (de Wassenaar), R. VIGOUROUX et R. NAQUET (de Marseille).

Dans la dernière séance, après une discussion sur les données apportées par chaque communication et l'établissement d'un projet de classification anatomo-électro-clinique des épilepsies, des conclusions générales furent apportées à la description des lésions rencontrées chez les épileptiques dits psycho-moteurs ou temporaires et à l'évaluation du rôle joué par le rhinencéphale dans le déterminisme de ces deux variétés d'épilepsie.

THERAPEUTIQUE

Le traitement moderne de la poliomyélite

De l'interview du D^r NEUKIRCH (de Copenhague) par le D^r KORALNIK (*Médecine et hygiène*, Genève, 1^{er} décembre 1954) sont extraits les passages suivants.

Le D^r NEUKIRCH est le chef de clinique du professeur LASSEN à l'Hôpital

Blegdam à Copenhague. C'est dans ce service que furent hospitalisés, d'août à décembre 1952, près de 3.000 poliomyélitiques et en particulier tous les cas respiratoires de cette terrible épidémie.

« L'épidémie de 1953, quoique relativement importante, comporta un nombre de cas de 10 à 5 fois inférieur à celle de 1952, qui avait frappé un peu plus de 6.000 personnes, dont 3.000 furent traitées au Blegdam Hospital. La dernière épidémie ne compta que 30 cas respiratoires (contre 318 en 1952), chiffre insuffisant pour apprécier les résultats thérapeutiques. L'épidémie de 1952 a été caractérisée par un pourcentage particulièrement élevé de cas respiratoires graves, et le pronostic des cas d'atteinte périphérique fut également sévère. En 1953, par contre, le pronostic des cas périphériques fut plus favorable.

« Nous avons soigné en 1952 un peu plus d'enfants (jusqu'à 14 ans) que d'adultes. Par contre, les cas d'adultes présentèrent, en général, un caractère plus grave. Nous ne sommes pas plus en mesure d'expliquer ce phénomène, que d'interpréter l'augmentation de l'âge moyen des malades, ou l'élévation de l'atteinte dans le système nerveux central.

« Nous sommes actuellement certains que la baisse du taux de mortalité des cas respiratoires (qui a passé de 87 % à 50 % après l'introduction du traitement par trachéotomie et ventilation pulmonaire à pression positive, puis à 22 % et même à 11 % pour les derniers cas), est bien le résultat de nos efforts thérapeutiques. Les statistiques et leur interprétation différentielle sont toujours assez aléatoires. Celles qui ont été fournies par les meilleurs hôpitaux des Etats-Unis signalent une diminution de la mortalité de 80 % à 15 % pour les cas respiratoires. Plus on s'éloigne des grands centres médicaux, plus la mortalité est importante, et elle est en moyenne de 50 %. Aux Etats-Unis, où les distances sont grandes, les malades graves meurent souvent avant d'arriver à l'hôpital, où un traitement adéquat aurait pu être réalisé. Les Américains pratiquent, du reste, diverses méthodes thérapeutiques : les indications de la trachéotomie varient et le poumon d'acier est beaucoup plus utilisé que chez nous.

« Nous possédons actuellement plus de 100 appareils à respiration artificielle par ventilation pulmonaire à pression positive, répartis dans trois villes disposant chacune d'un hôpital pour maladies infectieuses. Nous avons de ce fait trois centres bien équipés pour la lutte contre la poliomyélite. Il existe aussi un accord d'aide mutuelle avec la Suède et la Norvège, auxquelles viendra peut-être se joindre la Finlande.

« Tous les cas de poliomyélite, quel que soit leur âge, sont traités dans des services permanents, qui ne sont pas réservés à la poliomyélite. Ce ne sont pas des cliniques médicales, mais ce que nous appelons des hôpitaux pour maladies infectieuses (Fever Hospitals). Dans ces centres, nous disposons en permanence d'une réserve de 800 lits inoccupés, réserve qui peut être augmentée en cas de nécessité. Par ailleurs, la rééducation souvent fort longue des malades, la réintégration dans la vie civile des cas de paralysie périphérique et de certains cas respiratoires, est menée dans des instituts spécialisés, dirigés par des spécialistes en physiothérapie. Le traitement s'y fait généralement ambulatoirement. Les internistes et les oto-rhino-laryngologues font partie du « Fever Hospital ». Seuls les anesthésistes sont appelés du dehors, en particulier pour les trachéotomies, qui se font sous anesthésie générale.

« Nous n'avons jamais employé la gamma-globuline, et le sérum de convalescent a été complètement abandonné depuis quinze ans ; les transfusions ne sont pratiquées qu'en cas de choc, comme d'autres liquides de remplacement ; pas de vitaminothérapie non plus, mais une alimentation équilibrée.

« Au Danemark, nous avons procédé à l'extension de la loi sur la tuberculose à la poliomyélite ; aux termes de cette loi, l'Etat assume tous les

frais, et verse une pension à la famille du malade, si c'est nécessaire. Le malade n'est pas astreint au remboursement de ces prestations.

« Nous accordons une importance toute particulière aux points suivants :

« 1° collaboration étroite des divers spécialistes : internistes, neurologues, oto-rhino-laryngologues, anesthésistes, ainsi que personnel infirmier et de laboratoire ;

« 2° centralisation des appareils spéciaux et du personnel qualifié dans des services spécialisés ;

« 3° standardisation des appareils de respiration artificielle, en sélectionnant quelques types d'appareils qui ont donné satisfaction, dont le maniement est connu et qui ne nécessitent pas chaque fois la perte d'un temps précieux pour un apprentissage qui se ferait au détriment des malades. »

ACADÉMIE DES SCIENCES

Prix décernés par l'Académie des sciences en 1954

Parmi les prix décernés en 1954 par l'Académie des sciences, les suivants ont récompensé des travaux intéressant la neuropsychiatrie.

Prix Foulon (30.000 francs). — M. Antoine DELATTRE, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, pour ses travaux sur « *le crâne humain envisagé au point de vue de l'anatomie comparée* ».

Prix Montyon (30.000 francs). — Au Révérend Père Maurice VERDUN, professeur à l'Institut catholique, pour son ouvrage intitulé : « *Le péril mental* ».

Prix Bréant (25.000 francs). — A M. Maurice DEPARIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage intitulé : « *Etude sur l'épidémiologie de la poliomyélite* ».

Prix Jean Dagnan-Bouveret (27.000 francs). — A M. Paul BAILLIART, ophtalmologiste de l'Institution nationale des jeunes aveugles, pour son ouvrage intitulé : « *Les affections vasculaires de la rétine avec quelques rappels d'anatomie et de physiologie de la circulation rétinienne* ».

Fondation Roy-Vauconloux (145.000 francs). — A M. Alfred FESSARD, professeur au Collège de France, et à Mme Alfred FESSARD, née Denise ALBE, directeur-adjoint de laboratoire à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, pour l'ensemble de leur œuvre commune sur « *la physiologie du système nerveux* ».

Lc Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1954 (4^e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 86.817. — 1954
C.O.A.L. 31.2330.

PR 717-
ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

112^e Année - T. 2 - N° 1
Juin 1954

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

VIENT DE PARAÎTRE :

TOME IV
(1931 à 1950)

Un volume de 858 pages..... **5.000 fr.**
(plus frais d'envoi : 200 fr.)

PRÉCÉDEMMENT PARUS :

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.
Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU
Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale
depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte
(Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917

Conditions sur demande

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,

BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours)

LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART,
P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET,
J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC, G. GUIRAUD,
J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, J. LAUZIER, J. LÉPINE,
J. LHERMITTE, L. MARCHAND, L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC,
F. PACTET, N. PERON, H. PIERON, A. POROT, G. RAVIART, M. RISER,
Th. SIMON, G. VERNET, H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1954)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Union Française.....	3.900 frs
Belgique et Luxembourg.....	600 frs belges
Autres pays.....	\$ U.S.A. 12

(Ces prix sont également payables au cours des règlements commerciaux,
le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1953

Les années 1844, 1846 et 1847 sont épuisées.

Les années 1843, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantiennaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.

Centenaire de la Société médico-psychologique, 1952, 1 vol.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

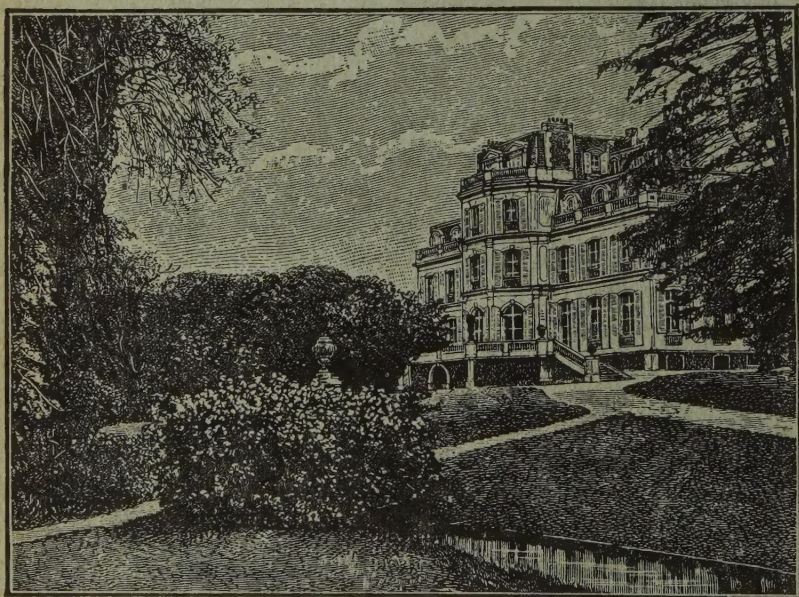
Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au D^r René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

CLINIQUE MEDICALE
DU
CHATEAU DE GARCHES

2, Grande-Rue, GARCHES (S.-&-O.)

Téléph. : MOLITOR 55-55

Docteur GARAND, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris



Thérapeutiques des affections nerveuses

Electro-choc - Insuline, etc. - Narco-analyse - Psychothérapie

Traitements de l'Alcoolisme

CONVALESCENCES - RÉGIMES

MÉDECINE GÉNÉRALE

INSTALLATIONS TECHNIQUES MODERNES
GRAND CONFORT - BEAU PARC DE SIX HECTARES

Published in France.

